

ALÓFONOS, PERSONAL SANITARIO E INTÉRPRETES: UN TRIÁLOGO NECESARIO EN LA REALIDAD SOCIAL ESPAÑOLA.

Autora: Lara Martín Mora

<lmm90@alu.ua.es>

Tutor: Miguel Tolosa Igualada

< miguel.tolosa@ua.es >

Facultad de Filosofía y Letras

Universidad de Alicante

Grado en Traducción e Interpretación

Línea de investigación: Interpretación Social

Julio de 2015

Tabla de contenido

Agradecimientos	3
Resumen	4
1. Introducción	5
<i>1.1 Justificación del asunto elegido y objetivos</i>	<i>5</i>
<i>1.2 Fuentes y metodología</i>	<i>7</i>
<i>1.3 Justificación de la estructura del TFG</i>	<i>8</i>
2. Estado de la cuestión	9
<i>2.1 La Interpretación en los servicios públicos</i>	<i>9</i>
<i>2.1.1 Panorama internacional</i>	<i>11</i>
<i>2.1.2 España: la interpretación en los servicios públicos</i>	<i>17</i>
<i>2.2 Formación</i>	<i>23</i>
<i>2.3 La interpretación en el ámbito sanitario</i>	<i>27</i>
<i>2.4 La profesión del intérprete en el ámbito sanitario</i>	<i>30</i>
<i>2.4.1 Formas de acceso</i>	<i>30</i>
<i>2.4.2 Requisitos para el ejercicio de la profesión</i>	<i>31</i>
<i>2.4.3 Habilidades, competencias y perfil del intérprete</i>	<i>31</i>
<i>2.4.4 Estatus de la profesión</i>	<i>35</i>
<i>2.4.5 Obstáculos</i>	<i>44</i>
<i>2.4.3 Propuestas y soluciones</i>	<i>46</i>
3. Metodología	48
4. Objeto de la investigación: Salud Entre Culturas	56
<i>4.1 Salud Entre Culturas, la organización y su proyecto</i>	<i>56</i>
<i>4.2 Análisis: los tres ejes de la investigación</i>	<i>62</i>
<i>4.3 Conclusiones del estudio de campo</i>	<i>103</i>
5. Conclusiones	108
6. Bibliografía	110
7. Sitografía	122
8. Anexos	126

AGRADECIMIENTOS

No podría concluir este trabajo sin agradecerle su ayuda e implicación, directa e indirecta, a una larga lista de personas.

Me gustaría agradecer el esfuerzo y la dedicación a los colectivos, tanto al *Centre Multiethnique* de Canadá, por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de conocer un proyecto tan maravilloso, como al Hospital Ramón y Cajal de Madrid y, especialmente, a todo el equipo de la Asociación Salud Entre Culturas. Sin su ayuda, este trabajo no se hubiera sido sacado a la luz.

Gracias a mis compañeros de carrera, con los que he compartido buenos y malos momentos. Hemos luchado juntos hasta alcanzar nuestro objetivo y, aún mejor, seguiremos compartiendo juntos las experiencias que el futuro nos tenga preparadas.

Agradezco, con especial cariño, el apoyo y amor incondicional de mi familia y de todos los que me quieren y han permanecido a mi lado en todo momento. Ellos son conscientes de que el título de Traducción e Interpretación formaba parte de un sueño por el que llevo luchando desde hace ya 10 años. Ha sido una lucha difícil, pero que nunca hubiera ganado sin su generosa ayuda.

Finalmente, tengo que dar un enorme gracias a mi tutor y sufridor de alegrías y lamentos, Miguel Tolosa. Mi más sincero agradecimiento por su inmensa dedicación, su inagotable paciencia y su constante guía a lo largo de todo mi trabajo. Más allá de todos sus conocimientos profesionales, se merece hacer especial mención de su gran virtud para poder transmitirlos con pasión. Tenerle como tutor del proyecto ha sido un auténtico privilegio. Gracias, Miguel.

Y a todos ellos, infinitas gracias.

Resumen: El presente trabajo aborda la realidad de la Interpretación en los Servicios Públicos (ISP) enmarcada en el ámbito de la salud. Su principal objetivo consiste en explorar todo lo que hasta hoy se ha discutido en torno a este campo de estudio, de modo que se contraste la aportación de los postulados, con los resultados de un trabajo de campo a través del cual se observa, se analiza y se describe el escenario en el que se incluyen los tres ejes implicados en la interpretación de la consulta médica: el médico, el paciente y el intérprete. Con este trabajo se pretende, en última instancia, dar voz al papel que están desempeñando las organizaciones no gubernamentales y asociaciones, así como a la importancia de esta profesión y a la necesidad de seguir investigando, trabajando y avanzando hacia un reconocimiento internacional de la interpretación social en el ámbito sanitario.

Palabras clave: interpretación, medicina, paciente, personal sanitario, intérprete.

Résumé: Le travail présenté ci-dessous aborde la réalité de l'Interprétation dans les Services publics (ISP) au sein des services de santé. Le principal objectif est celui d'explorer tout ce qui a été dit par rapport à notre domaine de recherche. Il s'agissait de comparer les postulats et les résultats des travaux pratiques dont nous nous sommes servis pour observer, analyser et décrire les trois axes clés impliqués dans l'interprétation chez le médecin : le médecin, le patient et l'interprète. Finalement, ce travail vise à donner voix au rôle des organisations non gouvernementales et associations, ainsi qu'à l'importance de cette profession et de continuer la recherche, le travail et le pas en avant vers une reconnaissance internationale de l'interprétation sociale dans le domaine de la santé.

Mots clé : interprétation, médecine, patient, personnel sanitaire, interprète.

1. Introducción

1.1 Justificación del asunto elegido y objetivos

Año 1980, Willie Ramirez ingresa, inconsciente, en un hospital del estado de Florida, en Estados Unidos. Sus padres intentan explicar al personal sanitario lo que le pasa a su hijo. Su propósito de transmitir el mensaje no obtiene ningún éxito porque solamente pueden expresarlo en español. Para intentar establecer la comunicación y conocer las causas del estado en el que Willie se encuentra, los médicos piden ayuda a un compañero del hospital, supuestamente bilingüe. Éste hace las funciones de intérprete, trasladando el mensaje de la familia a los médicos.

Hasta aquí dibujamos un escenario que, por suerte o por desgracia, se repite en el marco sanitario de nuestro país. ¿Somos conscientes de los riesgos a los que nos exponemos cada vez que prescindimos de un intérprete profesional? Podemos responder a esta pregunta con el final de nuestra historia:

Los padres explican a los médicos que su hijo «se ha *intoxicado*». En circunstancias normales, un intérprete profesional le hubiera interpretado el mensaje empleando la palabra «poisoned» o alguna otra con un sentido parecido. Sin embargo, el «intérprete» emplea el falso amigo «intoxicated», término que en inglés hace referencia a los efectos provocados por el consumo de alcohol o de drogas. El adolescente recibe, incorrectamente, un tratamiento de sobredosis. Willie sufre una hemorragia cerebral durante dos días sin que los médicos se percaten de lo que está ocurriendo. Cuando descubren la hemorragia, le practican una cirugía de emergencia. El daño es irreversible; Willie se queda, con 18 años, cuadripléjico.

El resultado final: una demanda que le costó al hospital de Florida la escalofriante cifra de 71 millones de dólares. ¿Vale la pena ahorrarse el dinero que cuesta un intérprete?

Esta historia nos invita a reflexionar acerca del papel de la interpretación en los servicios sanitarios. Una labor que no puede verse sustituida por un profesional sanitario, un familiar o amigo del paciente que sepa idiomas, ni tampoco por un traductor automático, ni mucho menos por el uso de la mímica y el lenguaje de gestos. Esta historia, todo lo que implica y la situación en la que se encuentra la interpretación

profesional en el sector sanitario, marcaron el punto de partida de este trabajo de investigación.

Acto seguido, disfrutando de una beca de estudios en la ciudad de Quebec, Canadá, tuvimos la oportunidad de descubrir el Centro Multiétnico de Quebec (CMQ), un centro de acogida de inmigrantes, refugiados y demandantes de asilo que cuenta con un excelente servicio de interpretación. Uno de los aspectos de este centro y de su proyecto que más llamaron nuestra atención fue la implicación institucional, concretamente del Ministerio de Inmigración, Diversidad e Inclusión de Quebec, para que este proyecto siguiera adelante.

Gracias a este centro, los extranjeros pueden beneficiarse de un servicio de acogida, acompañamiento y seguimiento durante un periodo de cinco años en el que el intérprete desempeña un papel determinante en todo el proceso administrativo, de búsqueda de empleo, trabajos de seguimiento y consultas médicas. Este centro es una de las piezas que forman parte de toda una red con elementos de los sectores social, económico, educativo y sanitario del territorio, de ahí que como resultado del trabajo de este centro hayan visto la luz proyectos como la Clínica de salud para las personas refugiadas, la Red de Agentes Multiculturales (RAMI), el Programa de Vacaciones de Verano (PVÉ) o el Programa de Alojamiento Temporal «La Canopée».¹

No nos vamos a detener, sin embargo, a explicar todos los detalles de este centro. El motivo por el cual lo hemos mencionado es que fue la razón de la búsqueda de proyectos, si no iguales, de características similares en España. Esta trayectoria nos condujo al Hospital Ramón y Cajal, en Madrid, en el que iniciaríamos todo un proceso de investigación de campo en el proyecto de la organización Salud Entre Culturas.

Con este trabajo nos propusimos conocer la realidad de la interpretación en los servicios públicos en general y a nivel internacional, para centrarnos después en el sector sanitario y en el panorama español. Queríamos conocer la amplitud de las diferentes iniciativas y los entresijos de un contexto determinado, con unos actores y unos resultados concretos. Todo ello para poner nuestro pequeño granito de arena en

¹ <http://www.centremultiethnique.com/>, consultado en junio de 2015.

toda una línea de investigación que apenas acaba de comenzar, pero que ya está teniendo sus primeros frutos.

Por nuestra pasión por la interpretación y por nuestro gran interés en el lado social de esta profesión tan fascinante, hemos decidido emprender este viaje al mundo de la interpretación social en el sector sanitario.

1.2 Fuentes y metodología

Las fuentes empleadas para el proceso de documentación del estado de la cuestión las hemos elegido teniendo en cuenta, en primer lugar, quiénes eran los autores con mayor repercusión en nuestra línea de investigación. Encontramos así obras de Ann Corsellis, Franz Pöchhacker, Brian Harris, Yvan Leanza y Carmen Valero Garcés, entre otros. También hemos querido consultar obras de reciente publicación, de modo que los contenidos estuvieran actualizados.

Por otro lado, ha sido necesario consultar recursos más específicos, como la batería de artículos del programa de formación de *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*, o los recursos bibliográficos de contenido práctico, como por ejemplo las obras consultadas de Borges del Rosal (2007) o Rojo (2013) para el diseño y análisis de datos de las encuestas.

Ha sido también imprescindible llevar a cabo una búsqueda de datos en documentos estadísticos y legislativos para explicar las características sociodemográficas en las que nuestro sujeto a estudiar se enmarcaba.

Por último, hemos tenido que consultar recursos en línea, diferentes páginas web para consultar diversas asociaciones, hospitales, proyectos, artículos de prensa y todo tipo de información pertinente que tuviéramos que consultar y contrastar para nuestro trabajo.

Finalmente, la metodología la explicaremos más adelante con mayor detalle. Sin embargo, en líneas generales, el método de trabajo ha seguido un orden lógico de los pasos a seguir, estableciendo, en primera instancia, *qué* se iba a investigar y *por qué* y fijando, para ello, los objetivos generales y específicos de cada una de las etapas del trabajo. En segundo lugar debíamos decidir *quién* iba a ser investigado, constituyendo,

por ende, nuestros tres ejes fundamentales de la investigación. Por último, teníamos que determinar *para quién* podrían resultar interesantes nuestros resultados y *cómo* haríamos para obtenerlos.

Una decisión importante y que tenía una repercusión directa en la metodología fue la definición de nuestro diseño de investigación, que en nuestro caso se ha tratado de un método mixto, tanto cuantitativo, como cualitativo.

En resumidas cuentas, el conjunto de acciones y decisiones tomadas a lo largo del trabajo de investigación han respondido a la metodología GTD (*Getting Things Done*): Recopilar, Procesar, Organizar, Revisar y Hacer.

1.3 Justificación de la estructura del TFG

La estructura de este trabajo responde a la empleada en un trabajo de investigación. Es decir, tras la portada, el resumen y las palabras clave y el índice de contenidos, empezamos con esta primera parte introductoria para identificar, delimitar y definir el problema investigado, las metas, objetivos y el tipo de investigación llevado a cabo, así como el diseño metodológico, las fuentes y recursos consultados, todo ello fundamentando, justificando y razonando cada una de las decisiones tomadas.

Terminada la presentación del trabajo, es imprescindible enmarcarlo en el plano teórico. Con el estado de la cuestión, sección que sucede a la introducción, ofrecemos pinceladas de lo que se ha investigado hasta el momento en nuestro campo de estudio. Esta información constituye los cimientos del estudio, razón por la cual se presenta al principio del trabajo, de modo que permitimos así dar a conocer el límite que dará paso a todo lo aportado a través de nuestro trabajo. Esta revisión teórica está estructurada, a su vez, con una sucesión de lo más general a lo más concreto, para concluir con la sección de propuestas y soluciones.

A continuación, vamos introduciendo poco a poco el resto de secciones más específicas de nuestro trabajo. En primer lugar, la metodología seguida a lo largo de todo el proceso, desde la primera toma de contacto con la temática y la búsqueda documental, a la fase final de conclusiones. En segundo lugar, le sigue a la metodología el eje central de trabajo: el trabajo de campo de nuestro proyecto. En esta parte se incluyen diferentes secciones siguiendo el mismo orden en el que se ha desarrollado la

investigación. Esta estructura se completa con la sección de conclusiones. El punto y final lo conforman la bibliografía, la sitografía y los anexos.

2. Estado de la cuestión

2.1 La Interpretación en los servicios públicos

A lo largo del presente trabajo vamos a hablar de interpretación. Sin embargo, cabe señalar de entrada que, cuando en estas páginas hablemos de interpretación, no nos remontaremos a los orígenes del lenguaje ni de la palabra misma. Tampoco a los tiempos de Babilonia, del Imperio Romano o a las menciones que ya, en el Antiguo Testamento, se hacían del papel de los intérpretes.

Viajaremos en la línea del tiempo hasta situarnos en una época mucho más reciente: la Primera y la Segunda Guerra Mundial. La importancia de la interpretación como profesión reconocida, así como la primera constatación de la necesidad de la figura del intérprete de la era actual, datan de las reuniones internacionales en el transcurso de estas dos guerras mundiales, formalizándose posteriormente con la creación de la Organización de las Naciones Unidas (Pérez Blandino, 2014). No obstante, cuando hablamos de los inicios de consolidación de la interpretación, nos referimos a la interpretación de conferencias. Por su parte, la interpretación social, comunitaria, interpretación *ad-hoc*, cultural (Roberts 1997:8) o interpretación en los servicios públicos, es una profesión apenas en mantillas, y en España, de manera más acentuada.

Como puede apreciarse, la falta de consenso para denominar esta modalidad interpretativa es un claro ejemplo de su falta de reconocimiento general. A Carmen Valero Garcés le debemos la denominación traducción e interpretación en los servicios públicos, (Valero Garcés, 1998), responsable de los congresos internacionales que con esta denominación han tenido lugar en nuestro país. Por su parte, Anne Martín, una de las pioneras en la investigación de esta rama en la Universidad de Granada, opta por la denominación de interpretación social (Sales Salvador, 2005); denominación que Hurtado Albir añade en su glosario, que incluye como equivalente de la denominación inglesa *Community interpreting* (Hurtado Albir, 2001:638). Sin embargo, no son las únicas maneras de referirse a esta práctica, es también posible encontrar las menciones como interpretación comunitaria o pública, dialógica, *ad hoc*, bilateral o de enlace,

trilateral, mediación, o interpretación de contacto (en Suecia) e interpretación para inmigrantes (en Dinamarca y Noruega) (Jiménez Salcedo, 2010:56).

En contraposición con la interpretación de conferencias, que prima en un contexto internacional, la interpretación en los servicios públicos (ISP) acontece en el plano institucional de una sociedad, donde se genera una comunicación de triálogo en la que, además del intérprete, participan subgrupos cultural y lingüísticamente diferentes: los proveedores de los servicios públicos y los usuarios (Pöchhacker 1999, Boss-Prieto 2014). Es en esta situación, en la que el alófono no puede comprender o expresarse en la lengua de la cultura de llegada, donde nace, precisamente, la interpretación en los servicios públicos (Jiménez Salcedo, 2014:5). Tal y como subrayan Pöchhacker y Schlesinger (2002:5-6), a mediados de la década de los años ochenta, aparecen las primeras publicaciones al respecto y la necesidad de crear una nueva rama de investigación en el ámbito de la traducción y la interpretación.

Entendemos así esta nueva línea de la interpretación como aquella práctica que va más allá de transmitir la información en otro código lingüístico. El mensaje se transmite teniendo en cuenta la implicación de una minoría cultural y lingüística que desconoce, además de este código lingüístico, los sistemas de valores, las prácticas y las representaciones de la sociedad de acogida (Valero Garcés y Gauthier Blasi, 2010:100-101).

De este modo, cuando hablamos de ISP y de interpretación en su sentido global, no podemos perder de vista la cultura de partida y de llegada. Tal y como nos recuerda Yuste (2014:85) «Traducir e interpretar sin cultura, no es ni traducir, ni interpretar».

Yuste (2014) hace asimismo hincapié en el carácter «transcultural» de la interpretación (así como de la traducción), en los servicios públicos. Incide en el concepto de «transculturalidad», diferenciándolo de lo intercultural o multicultural. Comprendiendo esta idea, entendemos por «interculturalidad» la respuesta al pluralismo de la sociedad multicultural, y por «multiculturalidad», la existencia en el seno de una misma sociedad de grupos que poseen diferentes códigos culturales como consecuencia de las diferencias étnicas, lingüísticas, religiosas o nacionales (Valero et al. 2010:100).

Volviendo a la idea de Yuste, el diálogo transcultural que se establece en la ISP implica un proceso continuo de construcción de identidades:

Quand je traduis et j'interprète en milieu social je me transforme en l'Autre et l'Autre se transforme en moi, me permettant de vivre un devenir métis où toutes les identités sont présentes à 100 % sans perdre aucune de leurs appartenances (2014:107).

El ser humano contemporáneo es el resultado de la confluencia de diversos orígenes, una identidad en permanente construcción. El intérprete en el ámbito social constituye un ejemplo palmario en este sentido.

2.1.1 Panorama internacional

A escala internacional, podemos constatar que la interpretación social goza ya de cierto rodaje.

La interpretación para sordos se anuncia como primicia de la ISP. Nos situamos en Estados Unidos, en la década de los sesenta, y concretamente en 1965, año en que se constituyó la organización de intérpretes para personas sordas RID (*Registry of Interpreters for the Deaf*) (Pöchhacker, 1999: 129). La mejora de la calidad de la formación de estos intérpretes repercutirá positivamente en la formación de los intérpretes en los servicios públicos, ya que en países como EE.UU., Australia o Suecia, la interpretación de signos y la lingüística mantienen estrechos lazos de unión.

Por otro lado, el punto de partida de la interpretación lingüística en el ámbito social lo marca Australia (Pöchhacker, 1999). La necesidad surgió tras una llegada masiva de inmigrantes al país finalizada la 2ª Guerra Mundial. Respondiendo a esta realidad, el gobierno australiano se ve obligado a adaptarse a la multiculturalidad imperante. En 1973, el Departamento de Inmigración crea el TIS (*Telephone Interpreters Service*), un servicio de interpretación telefónica para atender a los inmigrantes (Mateo Alcalá 2004:3). Más tarde, en la década de los ochenta, en Nueva Gales del Sur, se empieza a desarrollar un servicio de interpretación en los hospitales (*NSW Health Care Interpreter Service*), que irá extendiéndose paulatinamente por el resto del país. Este servicio va mejorando gracias a la implantación en 1977 de un sistema de acreditación para intérpretes a nivel nacional, el NAATI (*National Accreditation Authority for Translators and Interpreters*) y de una normativa oficial que se creó en los años setenta y ochenta y que sigue vigente hoy en día (Garret 2009:72). En 1987, se crea la asociación de intérpretes y traductores de Australia (AUSIT), en

consonancia con los estándares de los que goza la profesión en este país. Un último aspecto que conviene destacar es la creación del volumen de Gentile, Ozonis y Vasilakakos, en el año 1996. La importancia de este manual estriba en el hecho de ser el primero que aborda la temática de la interpretación social, desde sus técnicas, hasta la responsabilidad de su profesionalización (Sales Salvador, 2005).

Dicho esto, la imagen del intérprete social, previamente denostada, empieza a cambiar. En este sentido, poco a poco serán menos frecuentes afirmaciones como la de Dueñas González, Félice Vásquez & Mikkelson (1991: 29), quienes definen al intérprete social como «un *amateur*, con buenas intenciones, pero equivocado», o la de la interpretación social, como «cualquier interpretación llevada a cabo por no profesionales».

Otros países continúan el camino trazado por Australia. En Canadá también existe un sistema de acreditación oficial. No obstante, a diferencia con la evolución de Australia, en Canadá la ISP progresa a nivel provincial. Concretamente, la provincia de Quebec representa un ejemplo meridiano. Pese a los conflictos de diglosia lingüística que sufre la comunidad de Quebec, la década de los ochenta supone un cambio de perspectiva y empieza a mostrar gran sensibilidad por la problemática del acceso de los alófonos a los servicios públicos de esta región (Jiménez Salcedo, 2014). Para garantizar este acceso se crea en 1993 el Banco interregional de intérpretes (*Banque interrégionale d'interprètes*),² propuesta iniciada por los ministerios de Sanidad, Servicios Sociales y Asuntos Internacionales, Inmigración y Comunidades Culturales del gobierno de Quebec (Régie de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre,³ 2015).

En el terreno de la investigación, Canadá desempeña además un papel esencial, particularmente tras la creación en 1992 de la organización *Critical Link* en la Universidad de Ottawa, consagrada a la investigación de la interpretación en el ámbito social, jurídico y sanitario. El primer congreso internacional de ISP celebrado por el *Critical Link* tuvo lugar en 1995, en el Centro de conferencias Geneva Park, en Orillia, Ontario (Critical Link,⁴ 2015). El objetivo de este primer congreso, sin duda alcanzado, consistía en reunir a los trabajadores de diferentes ámbitos profesionales que pertenecieran al contexto de la ISP, desde traductores e intérpretes, hasta proveedores,

² <https://agence.santemontreal.qc.ca/partenaires/bii/>, consultado en marzo de 2015. .

³ <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs31163>, consultado en marzo de 2015.

⁴ <http://www.criticallink.org/>, consultado en marzo de 2015.

educadores, o miembros de diferentes organizaciones y asociaciones. Estamos hablando de una cita primordial en la que se intercambiaron, discutieron y contrastaron diferentes ideas y que supuso un punto de partida clave para la investigación en este ámbito.

Siguiendo en el mismo continente, en EE.UU., la ISP se encuentra más desarrollada en el ámbito legal que en el sanitario, aunque en la década de los noventa van naciendo asociaciones de intérpretes en hospitales como la CHIA (*California Healthcare Interpreters Association*)⁵ o la MMIA (*Massachusetts Medical Interpreters Association*).⁶ Dichas organizaciones ayudan a consolidar el trabajo del intérprete en los servicios públicos (Navaza, Estévez y Serrano, 2009:144; Mateo Alcalá, 2004: 3-4).

Al otro lado del océano, en Europa, se dibuja un panorama más heterogéneo. El Parlamento Europeo empieza a poner de relieve la necesidad de la ISP. La Directiva 2010/64/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de octubre de 2010, relativa al derecho a interpretación y traducción en los procesos penales, supone un punto de partida en la consolidación de esta profesión. El punto 17 de esta Directiva señala que esta práctica «debe garantizar una asistencia lingüística gratuita y adecuada» (Eur-lex,⁷ 2015). Sin embargo, algunos autores hacen una clara distinción entre interpretación en los servicios públicos e interpretación judicial, entendiendo esta última como una categoría aparte (Ortega, Abril y Martín, 2009; Pöchhacker, 1999:127).

Abril Martí (2008:4-7) nos propone una clasificación de los servicios existentes en los diferentes países, diferenciando entre:

- Países con soluciones *ad hoc*, cuyo objetivo es el de cubrir necesidades puntuales: Alemania, Austria y Bélgica (este último muestra una creciente conciencia del multilingüismo). Estos servicios puede proporcionarlos la Administración de manera aislada, pero también ONG u otro tipo de organizaciones. No se tiene en cuenta la formación, ni la acreditación, ni los registros. La interpretación la hacen desde profesionales, hasta mediadores culturales, personas bilingües o miembros de comunidades minoritarias.
- Países con servicios lingüísticos genéricos, en los que se cubren necesidades del sector público de manera global: Noruega, Finlandia, Países Bajos, Francia

⁵ <http://www.chiaonline.org/>, consultado en marzo de 2015.

⁶ <http://www.imiaweb.org/states/ma.asp>, consultado en marzo de 2015.

⁷ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32010L0064>, consultado en marzo de 2015.

y Reino Unido. Es un servicio que ofrece la Administración, ONG, o empresas privadas. En estos países existe una formación y acreditación oficiales, y los usuarios pueden beneficiarse además de un servicio de interpretación telefónica.

- Países con soluciones basadas en planteamientos legalistas, con propuestas constitucionales o legales: en este grupo se enmarcan la mayoría de los países con soluciones *ad hoc*, pero que sin embargo, muestran otra evolución en los tribunales. Por tanto, la prioridad principal es la Administración de Justicia, sin necesidad de incurrir en los demás servicios públicos.
- Países con servicios integrales, donde se solventan las necesidades de manera global y a largo plazo: Suecia (aunque en proceso de cambio), los Países Bajos, Reino Unido y algunos países escandinavos. El único responsable de estos servicios es la Administración. Estos países cuentan con una formación reglada y una acreditación oficial. Se atienden incluso las lenguas minoritarias.

De entre todos los citados, y visto su recorrido, destacaremos a algunos de ellos:

El Reino Unido figura como cabeza de lista en el territorio europeo. A diferencia de países como Suecia o los Países Bajos, donde la propuesta de ISP parte de la propia Administración, en el Reino Unido, la reivindicación de una mejor atención a la población alófona en los servicios públicos es una iniciativa promovida por los lingüistas (Abril, 2008). Dicho esto, en 1983, la ISP se empieza a desarrollar formalmente con el proyecto del *Institute of Linguistics* denominado *Community Interpreter Project*, con el objetivo de formar intérpretes y traductores para los servicios públicos. Se crea también un sistema de acreditación nacional, el *National Register of Public Service Interpreters* (NRPSI Ltd) (Navaza et al. 2009, p.144; Corsellis, 2011). Una iniciativa que culmina, en 1994, con la creación de un Registro Nacional de Intérpretes en los servicios públicos. Para formar parte de este registro, los intérpretes deben contar con la formación proporcionada por el Instituto de Lingüística de Londres y, además, superar un examen de acreditación nacional (Ostarhild, 1996). Estas exigencias consolidan un servicio de calidad. Por su parte, en cuanto a la formación exigida, se trata de un diploma en Interpretación en los Servicios Públicos (*Diploma in*

Public Service Interpreting, DPSI), proporcionado por el Instituto de Lingüística (*Chartered Institute of Linguistics, CIOL*).⁸ Esta formación se ramifica en varias vías de especialización: derecho inglés, derecho escocés, derecho de Irlanda del Norte, salud y administración local. Dicho esto, este diploma habilita a los intérpretes para trabajar en el ámbito judicial, sanitario, o en el terreno de la administración local (vivienda, servicios sociales y educación) (CIOL, 2015).

Suecia cuenta con el TÖI, el Instituto de Traducción e Interpretación de la Universidad de Estocolmo (Institute for Interpreting and Translation Studies).⁹ En 1986, el TÖI fue el responsable de regularizar la formación en interpretación social en Suecia (Hein, 2009). Este centro proporciona la formación exigida para trabajar como intérprete social en oficinas de servicios sociales, oficinas de empleo, centros de recepción de refugiados, escuelas, servicios policiales, sanitarios y judiciales (TÖI, 2015).

Los Países Bajos es uno de los pocos ejemplos en los que el gobierno asume la responsabilidad de proporcionar los intérpretes en los servicios públicos, ofreciendo así este servicio desde la década de los años setenta gracias al establecimiento de los centros de interpretación (*tolkecentra*) (Navaza et al. 2009, p.144; Abril Martí 2008, p.12). Hoy en día, los Países Bajos presentan un modelo similar al de Canadá, con un banco de intérpretes centralizado gestionado mediante oficinas regionales: el TVcN (Tolk- en Vertaalcentrum Nederland,¹⁰ Centro de servicios de Traducción e Interpretación telefónica de los Países Bajos) (TVcN, 2015). Este servicio, puesto en marcha en los años ochenta, ofrece interpretación telefónica y presencial. Uno de los aspectos más sobresalientes del servicio es que cuenta con un sistema de calidad promovido por la misma Administración pública, ya que para formar parte de este registro, se debe acreditar el cumplimiento de requisitos de formación, experiencia, o aptitud, a través de una prueba de evaluación. Además, las instituciones tienen la obligación de recurrir a este registro oficial en caso de necesidad de un intérprete. No obstante, es preciso señalar que desde el año 2005, el servicio del TVcN, antes subvencionado por el sector público, es un servicio privatizado que compite con otras agencias comerciales (Abril Martí, 2008:13-18).

⁸ <https://www.ciol.org.uk/>, consultado en abril de 2015.

⁹ <http://www.tolk.su.se/>, consultado en abril de 2015.

¹⁰ <http://www.tvcn.nl/>, consultado en abril de 2015.

Suiza cuenta con la asociación suiza de interpretación social y de mediación intercultural (INTERPRET).¹¹ Fundada en 1999, esta asociación establece una formación de intérpretes sociales con un reconocimiento oficial a nivel estatal (Fierro-Mühlemann, Eíriz Marín & François, 2014:52), así como una oficina de cualificación profesional encargada de definir y velar por el cumplimiento de las normas de formación y certificación de los intérpretes en los servicios públicos de Suiza (INTERPRET, 2015).

En Francia, los allí conocidos como *les Trente Glorieuses* (la edad de Oro del capitalismo) tuvieron como consecuencia un flujo masivo de inmigración, acentuando la diversidad cultural y lingüística del país. Conscientes de la importancia de la comunicación entre los profesionales de los servicios públicos y la comunidad inmigrante, un grupo de voluntarios crea en 1971 una asociación, la ISM (*Inter Service Migrants*),¹² con el propósito de «facilitar la comunicación y el cruce de culturas entre los franceses y los trabajadores extranjeros» que por entonces vivían en Francia (Ben Ameer, 2010). La crisis del petróleo de los años 1973 y 1979 motivó en Europa la revisión de las políticas migratorias y el cierre de fronteras, pero también se adoptaron medidas positivas de integración de los inmigrantes existentes, sobre todo en lo referente a la reagrupación familiar (Khader, 2010:101). En este contexto, la instalación familiar se acentúa y la concentración de familias de inmigrantes en ciertos barrios de la periferia parisina aumenta considerablemente. El ISM, en este sentido, cumple un papel fundamental, ofreciendo un servicio de interpretaciones presenciales en el departamento de Île-de-France, interpretaciones telefónicas las 24 horas del día en todo lo ancho y largo del Hexágono, un servicio notarial, de traducciones escritas y de informaciones jurídicas por teléfono (ISM, 2015)

En lo que respecta la parte meridional de Europa, más concretamente Italia, Portugal y España, Valero Garcés (2003:22) señala que, a principios de siglo, la ISP estaba apenas iniciándose y que, en la mayor parte de casos, se trataba de iniciativas individuales, con poco apoyo estatal, escasa remuneración, cuando existía, falta de formación, coordinación y de códigos éticos estandarizados. Aunque con los años se hayan creado nuevas iniciativas, sigue predominando la labor de organizaciones

¹¹ <http://www.inter-pret.ch/fr/interpret.html>, consultado en abril de 2015.

¹² <http://ism-interpretariat.com/>, consultado en abril de 2015.

humanitarias y ONG, como ocurre con los *mediatori i linguistico-culturali* en Italia, contratados por este tipo de organizaciones (Navaza et al. 2009:4).

A continuación, haremos un análisis más exhaustivo delimitándolo al panorama español.

2.1.2 España: la interpretación en los servicios públicos

En un lugar del mercado de trabajo, de cuyo nombre nadie quiere acordarse, se encuentran los Traductores e Intérpretes en los Servicios Públicos esperando ser (re)conocidos como profesionales en el mundo laboral y en la sociedad. Tienen la suerte de desempeñar un trabajo muy útil en esa España “multicultural” de la que tan orgullosos se sienten los políticos en periodo de campaña, pero también la desgracia de que su trabajo no sea valorado.

Así comienza *Traductores en los servicios públicos*, un artículo publicado en el periódico *El País* el 25 de marzo de 2012, escrito por la traductora e intérprete Carmen Cedillo Corrochano.¹³ Con su artículo, Cedillo pretende ensalzar la importante función del traductor e intérprete en los servicios públicos y desaprobando el estado de irregularidad de esta profesión en nuestro país. Reivindica así la toma de conciencia para luchar contra la contratación y las condiciones precarias, el intrusismo y la vulnerabilidad de los derechos de los inmigrantes.

Por otro lado, en términos estadísticos, las últimas cifras oficiales de inmigración de la Unión Europea en 2012 sitúan a España en el 5ª posición, con 304,053 inmigrantes registrados, por detrás de Francia, Italia, el Reino Unido y Alemania, que ocupa el primer puesto (Eurostat,¹⁴ 2015). Por su parte, según los datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística del primer semestre de 2014, España recibió 156.066 inmigrantes extranjeros (INE,¹⁵ 2015), datos que reflejan un claro descenso de la inmigración. Ha descendido también el número de extranjeros en la población residente, con una bajada de 5.072.680 en enero de 2013, a 4.677.059 en el primer semestre de 2014. La emigración y la naturalización de muchos extranjeros son las causas principales de este descenso. No obstante, aunque en menor medida, la población

¹³ http://elpais.com/elpais/2012/03/23/opinion/1332528688_440603.html, consultado en abril de 2015.

¹⁴ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00176&plugin=1>, consultado en abril de 2015.

¹⁵ <http://www.ine.es/prensa/np884.pdf>, consultado en abril de 2015.

extranjera sigue ocupando un porcentaje importante en España y es evidente que necesita acceder a los servicios públicos. Si, como consecuencia de barreras lingüísticas que no se están eliminando con los servicios de interpretación, estas comunidades no pueden beneficiarse de servicios tales como la educación, la sanidad o la asistencia jurídica, entonces no sólo se les está privando del acceso a un servicio público por no compartir la misma lengua, sino que se están vulnerando derechos fundamentales recogidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.¹⁶

Sin embargo, tal y como confirman Ortega Herráez et al. (2009: 162), el papel del intérprete social no está aún definido en España y Arumí, Bestué, García-Beyaert, Gil-Bardají, Menett, Onos, de Infante, Uagarte y Vargas-Urpi (2011:87), por su parte, subrayan que se trata de una profesión joven en proceso de consolidación como práctica y como servicio. Cabe añadir que si una gran mayoría de los intérpretes en este ámbito siguen siendo voluntarios, será difícil que el estatus de la profesión avance (Martín, 2000: 212). Un carácter voluntario y vocacional en el que también inciden autores como Valero (2002) y Pöchhacker (2011).

El *Libro blanco del Título de Grado en Traducción e Interpretación*¹⁷ (2004:75) sí que plantea un perfil concreto del mediador lingüístico y cultural: éste debe conocer las lenguas y culturas A, B y C, conocimientos que incluyen la comunicación oral y escrita, el análisis pragmático contrastivo, así como técnicas de expresión.

En contrapartida, uno de los principales problemas a los que se enfrenta la ISP es la falta de acuerdo generalizado sobre el campo de acción de esta actividad (Valero, 2003:5). A esto cabe añadir la realidad del mercado. La interpretación social, al contrario que la interpretación de conferencias, no es comercial, sino más bien un servicio público con un mercado más reducido (Muñoz Raya; Bullón de Mendoza; Lobo Cabrera; Laka; Gabriel Ovejero; García Izquierdo, 2004:75).

Es indudable que la trayectoria no es fácil, pero podemos confirmar la existencia de iniciativas, de ciertos cambios y de un ligero atisbo de evolución que empieza a despertar en España y que, poco a poco, irá cambiando el paradigma actual.

¹⁶ <http://www.un.org/es/documents/udhr/>, consultado en abril de 2015.

¹⁷ http://www.aneca.es/var/media/150288/libroblanco_traduc_def.pdf, consultado en abril de 2015.

En primer lugar, cabe mencionar el papel que desempeña la investigación en la evolución de la ISP en nuestro país y, concretamente, el cometido de la Universidad de Alcalá de Henares. En esta universidad nace el grupo de Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (FITIPos), coordinado por Carmen Valero Garcés. Además, Valero fue la responsable de organizar en 2002 el primer congreso sobre traducción e ISP en nuestro país (Sales Salvador, 2005).

La Universidad de Granada, por su parte, cuenta con el grupo de investigación GRETI,¹⁸ al cual se le atribuye el primer doctorado español sobre este tema (Sales Salvador, 2015). Este grupo de investigación se establece en el año 2001 con el lema «La interpretación ante los retos de la mundialización: formación y profesión». De las cuatro líneas de investigación de GRETI, una de ellas es la ISP (GRETI, 2015).

En la Universidad Jaime I de Castellón se ha desarrollado el Grupo CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales), que, junto con los dos anteriormente mencionados, forma parte de la Red Comunica. Esta red de investigación cuenta asimismo con otros seis grupos que representan diferentes zonas y comunidades autónomas: el Grupo Comunidad Catalana (Universidad de Vic), el Grupo de la Zona Norte (Universidad del País Vasco), el Grupo de Castilla y León y Extremadura (Universidad de Salamanca), el Grupo de las Islas Canarias (Universidad de La Laguna), el Grupo de Alicante (Universidad de Alicante) y el Grupo de Galicia (Universidad de Vigo) (Navaza et al. 2009: 145).

Por otro lado, el Grupo de Investigación MIRAS,¹⁹ del Departamento de Traducción e Interpretación de la Universidad Autónoma de Barcelona, se creó en el año 2009. Desde entonces se dedica a la investigación y formación en mediación e interpretación en el ámbito social (Grup de recerca MIRAS, 2015).

En el País Vasco, el grupo IMISATE²⁰ (InMIgración SALud Transcultural en Euskadi) trabaja, desde su creación en el año 2003, en la investigación del fenómeno migratorio con el propósito de dar respuesta a las necesidades de la población inmigrada en el sistema sociosanitario vasco (IMISATE, 2015).

¹⁸ <http://www.ugr.es/~greti/>, consultado en abril de 2015.

¹⁹ <http://grupsderecerca.uab.cat/miras/es/content/grupo-miras>, consultado en abril de 2015.

²⁰ <http://www.imisate.eu/Imisate/Inicio.html>, consultado en abril de 2015.

Finalmente, otro de los grupos de investigación con un papel determinante en TISP es el Grupo Alfaqueque,²¹ que trabaja desde el año 2008 en el Departamento de Traducción e Interpretación de la Universidad de Salamanca (Grupo Alfaqueque, 2015).

La teoría evidencia que se reconoce la existencia del problema y que, por tanto, es menester paliarlo. ¿Qué nos presenta la práctica?

Abril Martí (2006:105) pone de manifiesto que en la ISP de España, la precariedad es la norma. Priman las soluciones *ad hoc* proporcionadas por medios muy diferentes (asociaciones de voluntariado o acción social, el Instituto Nacional de Empleo –INEM–, programas de prácticas de universidades, voluntarios, profesionales bilingües...). Y otras veces, ni siquiera hay opción a solución alguna. Se subraya además, que este tipo de interpretación responde a necesidades puntuales, de urgencia. Cuando desaparece la urgencia, desaparece con frecuencia el servicio.

No obstante, para analizar con mayor detalle la situación de nuestro país, vamos a dibujar el mapa de la ISP en España.

A nivel estatal, se ha experimentado una creciente necesidad de intermediarios lingüísticos en comisarías, oficinas de extranjería, dependencias de la Guardia Civil, de la policía judicial, en centros de información, instituciones penitenciarias o de asilo y refugio, o en los Servicios Centrales del Ministerio del Interior. Como respuesta a esta demanda, el Ministerio del Interior ha incorporado traductores e intérpretes en plantilla. No obstante, esta plantilla cuenta hoy con tan sólo 18 funcionarios. Una carencia que se intenta solventar a través de la contratación externa y esta contratación, sin embargo, va en detrimento del servicio de interpretación, puesto que los requisitos exigidos y las fases de concurso, en las que no se hace una prueba de interpretación, carecen de criterios profesionales (RITAP, 2011).

Si se observa el panorama actual, puede confirmarse que se aboga por la subcontratación a través de empresas o agencias privadas. Así se pone de manifiesto en los BOE de 26 de agosto de 2013²² y de 31 de marzo de 2014.²³ El primero de ellos pormenoriza la contratación de un servicio de interpretación de declaraciones orales, traducciones escritas, escuchas telefónicas y transcripción de cintas de audio u otros

²¹ <http://campus.usal.es/~alfaqueue/>, consultado en abril de 2015.

²² <http://www.boe.es/boe/dias/2013/08/26/pdfs/BOE-B-2013-32440.pdf>, consultado en abril de 2015.

²³ <http://www.boe.es/boe/dias/2014/03/31/pdfs/BOE-B-2014-11481.pdf>, consultado en abril de 2015.

soportes informáticos grabados en lenguas distintas del idioma castellano, tanto de forma directa como inversa, en el marco de las actuaciones policiales en el ámbito de todo el territorio nacional, a través de la subcontratación de la empresa Seprotec Traducción e Interpretación, S.L. (Ministerio del Interior, 2013). En el segundo, el de 31 de marzo de 2014, se estipula la subcontratación de la empresa Offilingua S.L. para prestar servicios de traducción e interpretación en los órganos judiciales adscritos a la Gerencia Territorial de Órganos Centrales (Ministerio de Justicia, 2014). Estas subcontrataciones, lejos de resolver un problema de servicio deficiente de interpretación en los servicios de la Administración pública, han supuesto un encarecimiento de este servicio que se ve reflejado en las cifras que manejan las Comunidades Autónomas. Además, la propia Administración no lleva a cabo un control de calidad del mismo y se ha comprobado en numerosas ocasiones que las interpretaciones no alcanzaban los niveles mínimos de calidad (RITAP, 2011:84-85). Por otro lado, en el *Libro Blanco de la traducción y la interpretación institucional* se invita a la reflexión acerca de los servicios de traducción e interpretación en materia de Justicia, Interior, Defensa y Sanidad, que sufren las consecuencias de subcontrataciones de servicios en los que la calidad brilla por su ausencia. En la otra cara de la moneda se hace mención de la plantilla de Asuntos Exteriores y Presidencia, donde se trabaja en condiciones de confidencialidad, seguridad y profesionalidad (RITAP, 2011: 85).

Ante la falta de recursos, muchas administraciones autonómicas están valiéndose de alternativas a la interpretación presencial. Encontramos así los servicios de interpretación telefónica de empresas privadas como Dualia o Interpret Solutions, o bien el Software multilingüe interactivo *Universal Doctor Speaker*. No obstante, la opción telefónica, pese a ser práctica y más rápida, también plantea desventajas como eventuales problemas técnicos o la pérdida del lenguaje no verbal. El software *Universal Doctor Speaker*, por su parte, puede ser una herramienta útil, siempre y cuando se plantee como un material de apoyo y no como una alternativa al intérprete. (RITAP, 2011:58).

Una última pincelada del panorama nacional corresponde a las contrataciones de intérpretes sanitarios en la época estival, sobre todo en los destinos costeros, dado que atraen a un mayor porcentaje de población extranjera (RITAP, 2011:58).

A nivel autonómico, pueden subrayarse diferentes iniciativas de mediación intercultural e interpretación en los servicios públicos:

En la Comunidad Valenciana existe, desde el año 2011, un registro oficial de mediadores interculturales de la comunidad. Así lo estipula la Orden 8/2011 de 19 de mayo²⁴ del *Diario Oficial de la Comunitat Valenciana*, en virtud de la cual se exigen unos requisitos de formación en mediación y una experiencia mínima en el sector. Asimismo, en esta comunidad, se convocan anualmente becas de prácticas en mediación intercultural. La última convocatoria de la Conselleria de Bienestar Social al respecto se publicó bajo la Orden 31/2014, de 19 de diciembre.²⁵

En Cataluña, sobresale el avance en terreno jurídico. En el BOE Decreto-ley 8/2014, de 23 de diciembre de 2014,²⁶ se establece la creación de un Registro de traductores e intérpretes judiciales para prestar servicios en los órganos judiciales con sede en Cataluña.

En las Islas Baleares, el gobierno autonómico cuenta con un registro de mediadores interculturales que trabajan en los centros de salud de IB-Salut.²⁷

Más allá de proyectos e iniciativas, existen también asociaciones, como la RITAP (Red de Intérpretes y Traductores de la Administración Pública),²⁸ autores del *Libro Blanco de la traducción y la interpretación institucional*, publicado en 2011. En esta publicación, además de hacer un informe sobre el estado de la Traducción e Interpretación Institucional en España, incluyen propuestas de reforma, así como un posible código deontológico (RITAP, 2015). Precisamente, tal y como subrayan Ortega Herráez et al. (2009: 164), la creación de asociaciones profesionales consolidaría una organización sólida de intérpretes como un grupo de profesionales cualificado, delimitando así su identidad y su papel y ayudando a mejorar la calidad de su servicio.

Si bien es cierto que la ISP empieza a tener una tímida presencia en nuestro país, autores como Sales Salvador (2005), Ortega Herráez et al. (2009), Bermúdez (2009) y

²⁴ http://www.docv.gva.es/index.php?id=26&L=1&sig=006172/2011&tl=Orden%208/2011%20de%2019%20de%20mayo&url_lista=%26TEXTO_LIBRE%3DOrden%25208/2011%2520de%252019%2520de%2520mayo%26CHK_TEXTO_LIBRE%3D1%26tipo_search%3Dlegislacion%26num_tipo%3D6, consultado en abril de 2015.

²⁵ http://www.docv.gva.es/datos/2014/12/29/pdf/2014_11838.pdf, consultado en abril de 2015.

²⁶ <http://www.boe.es/boe/dias/2015/02/07/pdfs/BOE-A-2015-1167.pdf>, consultado en abril de 2015.

²⁷ <http://immigrabalears.com/>, consultado en abril de 2015.

²⁸ <http://www.ritap.es/>, consultado en abril de 2015.

Martin (2000), señalan que la mayor parte de las iniciativas puestas en marcha son fruto del trabajo de servicios locales y ONG.

Por ende, en el campo de las ONG, cabría destacar la actividad de organizaciones que tienen sobre todo cabida en Madrid. Hablamos de la acogida de inmigrantes y refugiados por la Asociación Comisión Católica Española de Migraciones (ACCEM), la Federación de Organizaciones de Refugiados y Asilados de España (FEDORA), la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) y el Comité de Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en España (COMRADE). Todas prestan servicios a los usuarios y a los organismos públicos. COMRADE ofrece, además, un servicio específico de mediación e interpretación intercultural en hospitales y centros de salud. Su campo de acción, en principio, se enmarca en Madrid, pero la asociación acepta ocasionadamente encargos de otras regiones (Navaza et al. 2009: 146).

Otras asociaciones como la Red Acoge y Cruz Roja ofrecen igualmente servicios de traducción e interpretación en los servicios públicos. Éstas, junto con ACCEM, COMRADE y CEAR, previamente mencionadas, colaboran con el grupo de investigación FITISPos (Valero Garcés y Taibi, 2006: 206).

Todas estas ONG se ocupan fundamentalmente de los inmigrantes económicos. No obstante, nuestro país también recibe inmigrantes sociales, mayoritariamente europeos. Hablamos principalmente de las Islas Baleares, las Islas Canarias y la Costa del Sol (Abril Martí, 2006:106). En esta línea, encontramos ONG como la inglesa Help,²⁹ en Marina Alta (Alicante), que ofrece un servicio de intérpretes voluntarios para pacientes extranjeros del Hospital de Denia (Navaza et al. 2009:146; Help, 2015).

2.2 Formación.

Taibi y Martin (2006) apuntan que se está despertando un interés de las universidades en la ISP, empezando a aflorar una oferta de las primeras asignaturas al respecto. No obstante, según subrayan los autores, se trata de cursos introductorios, lo cual no deja de ser lógico si se tiene en cuenta la precariedad laboral de esta rama interpretativa aún latente en España.

²⁹ <http://www.helpofdenia.com/>, consultado en abril de 2015.

Por otro lado, con la última reforma en la formación universitaria para la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), la actual titulación de grado de Traducción e Interpretación en España establece como objetivo «formar traductores e intérpretes generalistas –esto es, traductores no especializados e intérpretes sociales o de enlace–» (Muñoz Raya et al., 2004: 114). Este propósito bien delimitado aduce la necesidad imperiosa de una formación posterior para cualquier rama de especialidad, la ISP inclusive.

Pese a esta última constatación, una formación de calidad, tal y como se ha comentado en el apartado de propuestas y soluciones, es una de las medidas que se deben adoptar para mejorar, tanto la categoría profesional del intérprete médico, como la calidad de su servicio.

No cabe duda del papel que desempeñan las universidades al respecto. Para poder responder a las necesidades de nuestro país en este sector, es fundamental revisar los planes de estudio y hacer los cambios pertinentes. Para la consecución de esta tarea, las universidades y los docentes se basan, por un lado, en el *Libro Blanco del Grado en Traducción e Interpretación*, y por otro, en el mercado laboral al que deberán incorporarse los estudiantes una vez formados (García Luque, 2009:19). Una de las deficiencias que deberá paliarse en este sentido es la limitación de la asignatura de interpretación. En los planes de estudio actuales hay un papel predominante de la modalidad de conferencias, sin considerar la creciente demanda de la interpretación en los servicios públicos (2009:27).

Fierro-Mühlemann et al. (2014 :60) vaticinan que en el contexto del «Longlife Learning» del nuevo Espacio Europeo de Educación Superior, los másteres, los cursos de reciclaje, e incluso la formación que ofrezcan las propias instituciones de los servicios públicos, tendrán un papel determinante en la formación de los futuros intérpretes.

Respecto al contenido de esta formación, se habla de la necesidad de una enseñanza en materia de medicina, no sin olvidar la complejidad de la diversidad de este campo (García Luque, 2009:28). Asimismo, se considera importante que esta formación incluya el encuentro de las personas inmigrantes y la sociedad de acogida (Fierro-Mühlemann et al., 2014:60). Se propone también un análisis y un debate de supuestos

casos interpretativos (Merlini; Favaron, 2009:198). Por último, en el *Libro blanco del Título de Grado en Traducción e Interpretación* (2004:104) se considera la posibilidad de llevar a cabo un análisis más exhaustivo del mercado profesional, un refuerzo en la docencia de las lenguas A y B y de su cultura gracias a estancias en el extranjero, una mayor especialización, una carga más importante de las tecnologías aplicadas a la traducción e interpretación y en la incorporación de prácticas en el plan de formación.

Revisada la teoría, pasemos a la práctica. Analizando los planes de estudio de las universidades españolas, pueden apreciarse pequeñas adaptaciones y cambios que empiezan a plantearse para incluir así la docencia de la interpretación en los servicios públicos en nuestras universidades. Hagamos, pues, un repaso del panorama nacional universitario en el grado de Traducción e Interpretación, haciendo especial mención de aquellos casos en los que se incluya la especialidad sanitaria:

En la Universidad de Granada³⁰ se oferta la asignatura *Introducción a la interpretación en los Servicios Públicos* para los pares de lenguas ofertados en el plan de estudios. Del programa de esta asignatura cabe destacar, en la parte teórica, el primer tema 1 (*Introducción a la interpretación en los SSPP como género de interpretación profesional: orígenes y evolución histórica, contextos en que se ejerce, perfiles laborales más habituales, aspectos culturales, profesionales, éticos y de mercado en la combinación lingüística correspondiente*) y el tema 3 (*Introducción al sistema sanitario en España*). Se incluyen también temas dedicados al sistema educativo y los servicios sociales y al sistema judicial y policial. En la parte práctica, todos los ejercicios están adaptados al campo de los SSPP. Se incluyen así, ejercicios terminológicos específicos, análisis de casos prácticos, ejercicios preinterpretativos, de interpretación consecutiva, de traducción a vista y un seminario bilateral de simulaciones de entrevistas en los servicios públicos (UGR, 2015).

El plan de estudios de la Universidad de Murcia³¹ incluye la asignatura *Interpretación en la empresa y en los SSPP: B-A, A-B*. Por su nombre, puede apreciarse la amplitud de contenidos de la misma, dado que abarca tanto los servicios públicos, como el ámbito jurídico, empresarial y turístico. El bloque de la interpretación en los servicios públicos incluye un apartado de interpretación en hospitales. La parte práctica

³⁰ <https://www.ugr.es/>, consultado en mayo de 2015.

³¹ <http://www.um.es/>, consultado en mayo de 2015.

se basa en *role-plays*, actividades preinterpretativas y preparación de la interpretación de enlace (UM, 2015).

En la Universidad de Valencia³² la oferta es más limitada. Se imparte la asignatura *Pragmática y mediación interlingüística*, una preparación teórica que incluye contenidos como los actos de habla, la deixis, lo implícito, la cortesía, los lenguajes no verbales y el análisis conversacional (UV, 2015).

La Universidad Jaume I,³³ en Castellón, ofrece la posibilidad de elegir entre varios itinerarios. Uno de los itinerarios se consagra a la interpretación y mediación intercultural, dentro del cual se incluye la asignatura de *Mediación Intercultural e Interpretación B-A1/A1-B en los Servicios Públicos* (UJI, 2015).

En la Universidad de Vic,³⁴ en el grado de Traducción, Interpretación y Lenguas Aplicadas, a espera de su validación, se ofertarán las asignaturas *Interpretación y Comunicación Interlingüística B-A* y *Teleinterpretación B-A*, siendo esta última pionera en la enseñanza de la interpretación telefónica.³⁵

La Universidad Autónoma de Barcelona³⁶ es de las más completas. Su plan de estudios oferta la asignatura *Técnicas de Preparación a la Interpretación Bilateral B-A-B*, donde se hace hincapié en la interpretación en los servicios públicos. También se ofrece el bloque teórico *Mediación Social para Traductores e Intérpretes y Fundamentos para la Mediación Cultural en Traducción e Interpretación A y B*, que aporta nociones teóricas tales como aspectos culturales, análisis de diversos ámbitos sociales, patrones de comunicación y conducta, papel del intérprete, funciones de la mediación social y sus contextos, o el código ético de la profesión del intérprete en este campo (UAB, 2015).

En la Universidad de Valladolid³⁷ cabría destacar tres asignaturas: *Geografía Social*, *Pragmática Intercultural e Interpretación Social*. Mientras las dos primeras persiguen consolidar una base teórica y cultural sólida, con la tercera se ponen en práctica los contenidos teóricos, al mismo modo que permite al estudiante adquirir competencias

³² <http://www.uv.es/>, consultado en mayo de 2015.

³³ <https://ujiapps.uji.es/>, consultado en mayo de 2015.

³⁴ <http://www.uvic.es/>, consultado en mayo de 2015.

³⁵ Información proporcionada por María Teresa Julio Giménez, Coordinadora del grado de Traducción, Interpretación y Lenguas Aplicadas de la Universidad de Vic.

³⁶ <http://www.uab.cat/>, consultado en mayo de 2015.

³⁷ <http://www.uva.es/>, consultado en mayo de 2015.

más específicas de la interpretación en los servicios públicos con el contenido teórico de los diferentes ámbitos sociales, así como con ejercicios prácticos para consolidar los conocimientos adquiridos (UVA, 2015).

En la Universidad de Vigo,³⁸ la asignatura de *Interpretación de enlace* para cada una de las lenguas b, incluye un bloque de ámbitos de trabajo en el que se trabaja la interpretación social y en los servicios públicos (entre ellos, los hospitales). Resulta también interesante remarcar que se incluye un bloque del código deontológico del intérprete (UVIGO, 2015).

En la Universidad del País Vasco³⁹ el plan de estudios ofrece como optativa la asignatura *Interpretación de Enlace y sus Ámbitos de Aplicación*, cuyos contenidos incluyen las características de este tipo de interpretación, las técnicas pre-interpretativas, los ámbitos de aplicación (entre los cuales aparecen los servicios sociales), un tema específico de la interpretación en los servicios sociales, terminología y fraseología específica (con un apartado de terminología de la salud) y una parte práctica de supuestos casos (UPV, 2015).

En el Centro de Estudios Superiores (CES) Felipe II de Aranjuez,⁴⁰ de la Universidad Complutense se imparte la asignatura *Interpretación Consecutiva y Bilateral B2-A en los Ámbitos Social e Institucional*, con una introducción a la interpretación en los SSPP en los ámbitos médico y legal (CES, 2015).

Finalmente, en la Universidad Autónoma de Madrid⁴¹ el plan de estudios incluye la asignatura *Comunicación Intercultural* en la que se trabaja tanto el marco cultural, como la figura del traductor/intérprete como actor social. Todo ello, desde una óptica teórica. (UAM, 2015).

2.3 La interpretación en el ámbito sanitario.

En la primera sección, hemos comentado algunas propuestas autonómicas con una labor en el ámbito sanitario. También han merecido una breve mención las asociaciones y ONG cuyos campos de acción incluyen, entre otros, el sector de la salud.

³⁸ <https://www.uvigo.es/>, consultado en mayo de 2015.

³⁹ <http://www.ehu.eus/es/>, consultado en mayo de 2015.

⁴⁰ <http://www.cesfelipesegundo.com/>, consultado en mayo de 2015.

⁴¹ <http://www.uam.es/>, consultado en mayo de 2015.

Perfilando con más detalle, encontramos ciertos hospitales y centros de salud de todo el territorio nacional que están prestando servicios de mediación e interpretación intercultural. Algunos ejemplos son:

En Cataluña, el Hospital Clínic de Barcelona,⁴² que cuenta con un programa de mediación intercultural en el que trabajan dos mediadoras, una del Magreb y otra de China. En la ciudad condal, encontramos también el hospital Vall d'Hebron,⁴³ que cuenta desde el año 2002 con un servicio de mediación intercultural y de Psiquiatría Transcultural. Una iniciativa que amplía la ONG SURT⁴⁴ (Associació de Dones per a la Inserció Laboral), de la que finalmente nace el programa de formación de mediadores sociosanitarios de la Caixa, así como el programa de la Conselleria de Salut (Navaza et al. 2009: 146). Existen en esta comunidad otros programas de mediación intercultural, como el del Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona⁴⁵ o el Hospital del Mar⁴⁶ y el Centro de Atención Primaria Drassanes, ambos de Barcelona (Navaza et al. 2009: 146).

En la Comunidad Valenciana, el Hospital privado Quirón de Torrevieja⁴⁷ dispone de un equipo de traductores e intérpretes para atender a los pacientes extranjeros en cualquier momento del día. Los centros privados el Hospital Internacional Medimar de Alicante y el grupo IMED Hospitales de Elche⁴⁸ son otros ejemplos de hospitales con un servicio de intérpretes en plantilla.

En la Comunidad de Madrid, el Hospital Ramón y Cajal cuenta con un proyecto que se lleva desarrollando desde el año 2006, Salud Entre Culturas.⁴⁹ Este proyecto será el tema central de este trabajo, se explicará debidamente más adelante.

Vistas las iniciativas, en términos legales cabría destacar el Plan estratégico de ciudadanía e integración,⁵⁰ aprobado en 2014 por el Ministerio de Trabajo en Inmigración. En lo que a la salud se refiere, en este documento se contempla que:

⁴² <http://www.hospitalclinic.org/>, consultado en mayo de 2015.

⁴³ <http://www.vhebron.net/>, consultado en mayo de 2015.

⁴⁴ <http://www.surt.org/>, consultado en mayo de 2015.

⁴⁵ <http://www.icscampdetarragona.cat/>, consultado en mayo de 2015.

⁴⁶ <http://www.parcdesalutmar.cat/>, consultado en mayo de 2015.

⁴⁷ <http://www.quiron.es/es>, consultado en mayo de 2015.

⁴⁸ <http://www.imedelche.com/>, consultado en mayo de 2015.

⁴⁹ <http://www.saludentreculturas.es/>, consultado en mayo de 2015.

⁵⁰ http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Programas_Integracion/Plan_estragico2011/pdf/PECI-2011-2014.pdf, consultado en mayo de 2015.

El modelo sanitario español tiene como objetivo garantizar el acceso de la población extranjera a la atención sanitaria en igualdad de condiciones que el conjunto de la población española (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011-2014: 164).

Asimismo, se reconoce la existencia de barreras a las que se enfrentan los inmigrantes cuando necesitan acceder a la red sanitaria (2011-2014: 167), planteando, a su vez, estrategias de organización de las instituciones sanitarias para superar semejantes obstáculos:

En relación con la población de origen extranjero es de especial relevancia la existencia o no de traducción e interpretación cuando sea necesaria y la adaptación cultural de los mensajes en contextos de diversidad. (2011-2014: 168).

En la otra cara de la moneda se sitúa la reforma sanitaria del año 2012, a tenor de lo previsto en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril.⁵¹ Esta reforma supone la retirada de la tarjeta sanitaria para los inmigrantes sin papeles, dicho de otro modo, la privación de la atención primaria en este sector de la población. Sin embargo, el pasado mes de marzo de 2015, se anunció desde el gobierno la vuelta al derecho a la atención primaria de estos inmigrantes en el Sistema Nacional de Salud (SNS).⁵² Pese a que esta medida no suponga devolverles la tarjeta sanitaria eliminada en 2012, sí que podría redundar en un incremento de inmigrantes en nuestro sistema sanitario. Esta situación podría ser propicia para desencadenar lo que autores como Garret, Forero, Dickson y Klinken Whelan (2008) bautizaron con el nombre de *Happy migrant effect* (efecto del inmigrante feliz), a través del cual éste se muestra «contento», aunque se le esté privando de un derecho fundamental como es el de la atención sanitaria. Una actitud que se produce, entre otras razones, por la impotencia de no poder comunicarse, o como consecuencia de una autocrítica negativa por no haber aprendido la lengua del país de acogida. El inmigrante que se enfrente a una barrera lingüística por no conocer la lengua del país de acogida estará, por lo tanto, en desigualdad de condiciones para reclamar un servicio de interpretación deficiente (Garrett, 2009:78).

⁵¹ http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403, consultado en mayo de 2015.

⁵² http://politica.elpais.com/politica/2015/03/31/actualidad/1427788718_943883.html, consultado en mayo de 2015.

Con esta serie de circunstancias, es irrefutable la labor del intérprete en los servicios públicos. Hagamos, pues, un análisis de esta profesión.

2.4 La profesión del intérprete en el ámbito sanitario.

La labor del intérprete, o mediador social intercultural se compara en la revista OFRIM (boletín de la Oficina Regional para la Inmigración de Madrid 41, 2001) con «la de un puente que facilita el encuentro, y sobre todo, el diálogo intercultural entre quienes pudieran percibirse como distantes: autóctonos e inmigrantes» (Valero, 2002:16). En este mismo texto se esclarece que la figura del intérprete en este contexto social es cada vez más conocida y valorada. Para poder perfilar el análisis de esta profesión en terreno sanitario, vamos a explorar con mayor detenimiento ciertos aspectos.

2.4.1 Formas de acceso

El libro blanco de la traducción y la interpretación institucional (2011:57-59) delimita ciertas maneras de acceder al mercado laboral como intérprete en la salud en España. A saber:

- La contratación de administraciones (generalmente los servicios de interpretación telefónica a empresas privadas como *Dualia* o *Interpret Solutions*).
- Mediante másteres o cursos (en universidades u hospitales), con opción a prácticas.
- La contratación en periodo estival.
- La contratación, en ciertos casos, de determinadas nacionalidades extranjeras para trabajar como mediadores comunitarios (denominados también «agentes de salud»)
- La contratación directa de los propios pacientes de los servicios de una persona bilingüe (no necesariamente profesional), para que les ayude a comunicarse en la consulta médica.

No obstante, se puntualiza que, a pesar de la diversidad de las formas de acceso, los puestos de trabajo del intérprete en la sanidad nacen de proyectos de ONG y asociaciones (2011:58).

Con este variado panorama de opciones, ¿cuáles son los requisitos para el ejercicio de la profesión de intérprete médico?

2.4.2 Requisitos para el ejercicio de la profesión

Los métodos de contratación de intérpretes en los servicios públicos son, en ocasiones, poco adecuados. Así lo confirman Ortega Herráez et al. (2009:155) en un estudio cuyos resultados desvelan que 56% de las interpretaciones realizadas en el ámbito de la salud las hacían voluntarios, y un 70%, autodidactas, la mayoría extranjeros.

En esta línea, en el *Libro blanco de la traducción y la interpretación institucional* (2011:58) recopila una serie de características comunes: ausencia de pruebas de acceso; contratos de categoría profesional correspondiente a un nivel de bachiller o formación profesional; tendencia creciente a exigir estudios de grado y especialización en mediación intercultural; poca importancia de la formación en traducción e interpretación (siendo suficiente una acreditación de dominio del idioma), y una relevancia notoria de la nacionalidad (en los casos en los que se requieran puestos de agentes de salud).

Dado que no podemos hablar de una categoría profesional establecida, cuestión que trataremos más adelante, hoy en día es frecuente encontrarnos con perfiles de niveles educativos muy dispares, y profesionales procedentes de diversas ramas que cuentan con una formación específica en mediación intercultural (Salud Entre Culturas, 2015).

2.4.3 Habilidades, competencias y perfil del intérprete

Estudios realizados en la interpretación médica en Suiza confirmaban que la presencia del intérprete era más ventajosa para el personal sanitario que para el paciente (Leanza, 2005:11). Para evitar estos resultados, el intérprete deberá tener unas cualidades, un perfil específico y poseer ciertas competencias que le permitan desempeñar su labor con profesionalidad y calidad.

Yuste (2014:93) afirma al respecto que la calidad del trabajo del intérprete no sólo depende de la formación académica del mismo, sino, y sobre todo, de la calidad de su criterio ético, moral, social y jurídico.

Cuando hablamos del perfil del intérprete social, podemos dividir las competencias que ha de tener el mismo en tres grupos: competencias transversales, específicas (saberes), y profesionales (saber hacer) (Guerrero Romera, 2010).

En las transversales, el *Libro blanco del Título de Grado de Traducción e Interpretación* (2004:75) destaca la capacidad de trabajo en equipo, la puntualidad, la curiosidad cultural y la gestión de las necesidades comunicativas de las partes sin tomar partido. Cortés (2009:10) añade la importancia capacidad y destreza memorística, mientras que Bermúdez (2009) y Guerrero (2010), aluden al aspecto interpersonal, las relaciones personales y la empatía, así como a la participación, organización y dinamización de grupos, el compromiso ético, la imparcialidad, la flexibilidad, la apertura e iniciativa y la negociación.

Respecto a la capacidad conciliadora, Prats San Román y Uribe Pinillos (2009) la describen como:

Una búsqueda en común, mediante el diálogo y el intercambio, de un acuerdo mínimo, de un compromiso donde cada cual vea respetados su identidad y sus valores más importantes, y garantizada, reconocida, su participación en el proceso (2009:8)

Vayamos, pues, a las competencias específicas. El *Libro blanco del Título de Grado de Traducción e Interpretación* (2004:75) al dominio de las técnicas de interpretación, de las lenguas de trabajo y de las técnicas de análisis, síntesis, de comunicación y de gestión terminológica. También hace referencia a un vasto conocimiento cultural y de los contextos socioculturales. Cabe añadir el conocimiento de la legislación y extranjería, de los recursos y estrategias sociales y comunitarias, (Bermúdez 2009, Guerrero 2010) y de los sistemas sociosanitarios (Guerrero, 2010). Por su parte, Qureshi (2009b:7), desarrolla de manera más extensa la necesidad del conocimiento de los estilos comunicativos. Resulta interesante su comparativa entre los sistemas comunicativos de bajo contexto (Europa), y los de alto contexto. En el primer caso lo que importa es el mensaje, no el receptor, el emisor, ni las condiciones de

comunicación. En este sistema, se espera llegar a la conclusión esperada de forma directa. Por el contrario, en el estilo de alto contexto, el mensaje no es directo, sino que más bien se sugiere o se expresa de manera implícita. La relación entre las personas implicadas determina parte de lo que se comunica. Esto quiere decir que, para entender el mensaje en este segundo estilo, es preciso tener la capacidad de interpretar las claves del contexto.

Continuando con las competencias específicas, un aspecto que parece ser objeto de debate es el bagaje cultural. Leanza, Rizkallah y Labonté, (2014:25) cuestionan el alcance de este tipo de información. Siguiendo a estos autores, el sentido radica en el buen uso de esa información, que nos permitirá hacer una nueva construcción de éste gracias a una actitud de apertura. Por el contrario, el intérprete no hará un uso correcto de esta información si la intención es emplearla como si fuera una «receta cultural» que prescriba la manera de intervenir con un colectivo cultural concreto.

Aquí nos adentramos ya en las competencias profesionales (saber hacer). Al hilo del debate, Valero (2002:20) lanza la siguiente pregunta: *¿Cuál es el mediador ideal desde el punto de vista cultural?* La autora nos explica la existencia de los tres puntos de vista más discutidos: ser bicultural, no pertenecer a ninguna de las culturas presentes, o pertenecer a una de ellas. En cualquier caso, subraya que la capacidad de mediar del intérprete, su sensibilidad, observación y estudio de los sistemas culturales involucrados serán, por encima de todo, dos condiciones imprescindibles que deberá cumplir. De este modo, el conocimiento global de ambas partes evitará caer en concepciones culturalistas de las que también hablan Abdallah-Pretceille y Camilleri (1993). Por tanto, el intérprete o mediador intercultural deberá tener en cuenta estas ideas preconcebidas que sobre el otro pueden tener las partes involucradas. Ideas condicionadas por estereotipos, prejuicios o posicionamientos etnocéntricos. Una postura que Qureshi Burckhardt (2009:7) define como «humildad cultural», entendiéndola como el «antídoto» contra actitudes peligrosas como la de asumir que entendemos, cuando no es así y que Cortés (2009) completa con la noción de «honestidad» del intérprete ante sus limitaciones, evitando así la omisión o distorsión del mensaje por falta de conocimiento.

Para entender mejor estas reglas comunicativas, Valero Garcés y Gauthier Blasi (2010), rescatan el concepto de *habitus* de Bourdieu. Concepto que se entiende como:

El esquema a partir del cual se percibe el mundo y se actúa en él y se constituye fundamentalmente en base a las primeras experiencias (habitus primario) y a aquellas referidas a la vida adulta (habitus secundario) (2010:102).

Este *habitus* es, por tanto, fruto de la estructura social. Ambas autoras defienden que a veces, los campos políticos, legales y sus correspondientes *habitus*, podrán ejercer una mayor influencia en la interpretación a la hora de actuar en determinados contextos.

No hay que olvidar, además, el papel clave de la prosémica. Dicho de otro modo: el contacto visual, el espacio personal y el volumen y tono empleados (Qureshi Burckhardt, 2009; Cortés 2009).

Por último, es preciso mencionar la información no verbal, que ha alcanzado una especial trascendencia (Janicki 1986; Qureshi Burckhardt 2009; Shokrani 2014). Shokrani (2014:124), recomienda un análisis exhaustivo de las palabras empleadas por el paciente, haciendo hincapié en el significado del dolor, que, aunque físico, esconde una causa en dicha elección. Se entiende así que la dificultad de la comunicación no verbal radica en que su significado es, fundamentalmente, contextual y cultural, de modo que una interpretación errónea no sólo repercute negativamente en el mensaje, sino además en la relación asistencial de la intervención interpretativa (Qureshi, 2009:6).

Respecto a las competencias, se han realizado estudios (Gil-Barjadí, Arumí y Vargas-Urpi, 2011), cuyos resultados muestran que las competencias de los intérpretes en los servicios públicos más valoradas han sido el conocimiento de lenguas, la transmisión del mensaje, el conocimiento cultural, la confidencialidad, y el conocimiento del servicio público (2011:39). Otros (Bestué, García-Beyaert y Ruiz de Infante, 2011), destacan la importancia de la competencia cultural (2011:83).

Recabando todo lo dicho, cuando el objetivo es el de precisar el comportamiento del intérprete en los servicios públicos, y más concretamente, en el campo de la salud, se tendrá en cuenta que entran en juego, en este contexto, características sociocomunicativas, contextuales, pragmáticas y funcionales (Ortega Herráez, Abril Martí y Martín, 2009:152).

2.4.4 Estatus de la profesión

En su página web, la asociación Salud Entre Culturas, nos dibuja un paisaje con tenues pinceladas positivas, afirmando que la figura del intérprete, o mediador intercultural en este caso, es una figura que está actualmente emergiendo en diferentes partes del mundo. Concretamente, en nuestro país, su presencia se acentúa en aquellas regiones con un mayor índice de población inmigrante.

Es cierto que su presencia es cada vez mayor, pero ¿bajo qué condiciones?

Bermúdez Anderson (2009:16) se pronuncia ante la precariedad, así como la gran diversidad de entidades e instituciones que se dedican a este ámbito, del mismo modo que las diversas formas de entender la práctica profesional por parte de los implicados. El autor añade la inexistencia de una calificación profesional reconocida y de una formación adecuada. A esta afirmación cabe añadir la constatación plasmada en *El Libro blanco de la traducción y la interpretación institucional* (2011:58) en la que, además de afirmar la falta de reconocimiento, se explican las consecuencias directas de esta situación: las contrataciones bajo categorías correspondientes a estudios de bachillerato o de formación profesional. En estos contratos, las denominaciones de la profesión pueden variar desde «intérprete» y «mediador intercultural», pasando por «investigador», hasta incluso «auxiliar administrativo», en caso de establecerse una categoría profesional inferior a la correspondiente.

Jiménez Salcedo (2010:50) lamenta la situación de la ISP, puesto que sigue siendo sinónimo de «voluntariado» o «trabajo no profesionalizado». Dicho de otro modo, mal remunerado.

En consonancia con lo dicho, se insta a la necesidad de una mejora de la calidad del servicio de interpretación, afianzando el estatus de profesionalización (Bermúdez 2009; Garrett 2009; Blignault, Stephanou y Barrett 2009). Una mejor calidad, a su vez, incrementa la satisfacción del intérprete (Bermúdez 2009:16) y el grado de satisfacción del paciente, la calidad de comprensión y de acceso al servicio (Garrett, 2009:73).

En resumidas cuentas, urge fomentar el reconocimiento profesional de esta práctica, diseñando, para ello, propuestas de acción (Bermúdez, 2009:16). En línea con este propósito, es fundamental la labor de las instituciones y autoridades (Ortega et al. 2009;

Yuste Frías 2014). Por otro lado, la responsabilidad del intérprete en la práctica profesional de su labor es clave para afianzar el camino hacia el reconocimiento de su trabajo (Belloso 2003; Valero 2002).

Visto que en España la profesión del intérprete en los servicios públicos, y por tanto, en el ámbito de la salud, no goza aún de la categoría que debería corresponderle, haremos un repaso de las consecuencias de esta situación, a saber: el desconocimiento de la profesión, el intrusismo profesional, la disparidad en los criterios de actuación y la precariedad del servicio.

a) Desconocimiento de la profesión

En primer lugar, en consonancia con el desconocimiento de la profesión, Sales Salvador (2005) afirma que la figura del mediador intercultural ya está reconocida por el Ministerio del Interior (véase el Real Decreto 638/2000 de 11 de mayo). Sin embargo, la autora pone de manifiesto que este reconocimiento no se ve reflejado en la práctica.

Este desconocimiento nos conduce a las figuras del paciente y del médico. El médico puede verse amenazado ante la presencia de dos personas que, bajo su punto de vista, puedan establecer algún tipo de alianza entre ellos. Por su parte, el paciente puede sentirse solo ante los dos profesionales (Munoz y Kapoor-Kohli, 2007:51).

Respecto al personal sanitario, Mateo Alcalá (2004:9) comenta que este gremio no establece ninguna diferencia entre la figura del intérprete, la del voluntario y la del mediador intercultural. Según los resultados de su estudio, los médicos afirmaban que «todos pueden hacer la función del “traductor”».

No conocer la labor del intérprete acarrea en el médico sentimientos de pérdida de control, de tener que compartir su «poder» con el intérprete (Jiménez Salcedo 2010; Leanza et al. 2014). Así, puede establecerse una diferencia de actitud del médico en función de la lengua extranjera empleada, mostrándose más distendido ante lenguas afines a la suya por considerar que sigue teniendo cierto «control» en la interacción. El médico puede además desconfiar del intérprete y mostrar actitudes de desprecio «etnicista» cuando el intérprete es extranjero (Jiménez Salcedo, 2010:157). También se pueden ocasionar problemas de comunicación a causa del registro elevado del médico,

al no tener éste en cuenta las características de la situación comunicativa (Cortés, 2009:11).

Por su parte, los resultados del estudio del Proyecto Alcántara, en el que se analizan las principales características de las personas inmigradas de la sociedad receptora (Prats y Pinillos, 2009:5), destacan complicaciones tales como el desconocimiento de los servicios públicos de la sociedad receptora y de sus vías de acceso, los prejuicios, estereotipos y conflictos relacionales, la vulnerabilidad psicosocial de estas comunidades, o el desconocimiento de los códigos de referencia culturales. Todos ellos son aspectos que obstaculizan aún más la labor del intérprete.

Es preciso incidir en las ventajas de la labor del intérprete para cada una de las partes involucradas. Munoz y Kapoor-Kohli, (2007:46) subrayan que, gracias al trabajo del intérprete, al paciente se le brinda la oportunidad de transmitir sus preocupaciones e inquietudes sabiendo que están siendo entendidos, muestran menos miedo y ansiedad ante un país y un sistema desconocidos y cuentan con más opciones para poder integrarse socialmente. En cuanto a los médicos, la interpretación les permite expresarse con normalidad y entender las sutilezas de mensaje del paciente y tener las herramientas necesarias para desempeñar su trabajo con calidad.

b) Intrusismo profesional

Pasando a la segunda consecuencia de la no profesionalidad de la ISP, el intrusismo profesional, nos topamos con ejemplos como el del Hospital General de Castellón. Para solventar las necesidades de interpretación se recurre a pacientes, celadores, enfermeras, médicos que hablen otros idiomas, o personal administrativo (Sales Salvador, 2006:9-10).

Harris (1977) bautiza este tipo de interpretación como *Natural Translation*, definiéndola como la interpretación llevada a cabo por personas que no tienen ningún tipo de formación en interpretación y que tiene lugar en circunstancias cotidianas (Harris 1977; Valero y Martínez 2008; Pöchhacker 2011).

Tras analizar la actitud adoptada en la interpretación natural, varios autores, (Knapp, Eninger y Knapp-Potthoff, 1987 & Valero y de la Cruz, 1998) coinciden en que el intérprete, en estos casos, se siente también interlocutor activo en el encuentro

conversacional, convirtiendo la interpretación en una modalidad conversacional que se negocia sobre la marcha (Valero, 2002:19).

Se trata de familiares, amigos, voluntarios, e incluso niños que hacen las funciones de un intérprete. Esta práctica plantea ciertos problemas, como la infidelidad y la imparcialidad (Valero 2002; Bestué, García-Bevaert y Ruiz de Infante 2011; Prats y Pinillos 2009; Boss-Prieto 2014; Jiménez 2010). Las causas son diversas: posibles lazos emocionales del intérprete, interés propio, o evitar malentendidos. Se detecta también un problema de confidencialidad, un deber profesional que este tipo de intérpretes *ad hoc* pueden no contemplar ni respetar. Con una postura opuesta, estudios de otros autores (Minett, Onos y Ugarte 2011; Blignault, Stephanou y Barrett 2009) sacan a colación posibles ventajas, como la empatía del intérprete no profesional, o las respuestas de algunos usuarios que reconocen sentirse más cómodos con una persona cercana a ellos. No obstante, Minett et al. (2011:52) explican este resultado no en términos de calidad de la interpretación, sino de confianza y seguridad de los pacientes ante una situación que les hace sentirse incomprendidos.

En última instancia, autores como Prats y Pinillos (2009:6) o la asociación Salud Entre Culturas (2015), defienden una postura intermedia, considerando que la interpretación natural y la profesional pueden ser compatibles y se podrá recomendar una más que la otra en función del contexto.

c) Disparidad de criterios de actuación

Pasamos ahora a la siguiente barrera de obstáculos: la falta de consenso acerca de los criterios de actuación de la interpretación médica.

En términos legales, todas las interpretaciones que se desarrollan en los servicios sanitarios en España se rigen por la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (ley 41/2002, de 14 de noviembre) (Cortés, 2009:13).

No obstante, no se ha establecido ningún código ético del intérprete médico de manera oficial. Valero (1999) advierte que la ISP en España se ve afectada por la falta de formación adecuada y de conocimientos sobre la ética de la profesión y sobre los términos legales o especializados. A pesar de la inexistencia del código ético

establecido, Valero y Martínez (2008:134) subrayan cuatro principios éticos comúnmente establecidos: confidencialidad, imparcialidad, exactitud y competencia. A éstos, diversas asociaciones de intérpretes médico coinciden en añadir la integridad profesional (no aceptar trabajos para los que no se está capacitado) (Salud Entre Culturas 2015; Libro blanco de la traducción y la interpretación institucional 2011). Prats Pinillos (2009:12) incluyen también la responsabilidad, la cooperación, el compromiso social y la claridad del propio rol.

Por otro lado, el código ético de ONG como COMRADE/SETI precisa que el intérprete se debe ceñir a su labor sin asumir otras funciones. Además, no debe ponerse en el lugar del paciente o del médico (Valero, 2002:21). Esta última norma pone en entredicho la empatía y el compromiso social del intérprete por los que abogan otros autores y asociaciones.

El código ético responde a la primera falta de consenso en este campo. Si se observa lo que ocurre en términos de tareas que debe desempeñar el intérprete médico, ¿a qué nos atenemos?

La constatación de la asociación Salud Entre Culturas (2015) es, cuanto menos, ilustrativa:

Los mediadores pueden realizar diferentes labores dependiendo del lugar en el que estén trabajando.

Ortega et al. (2009:163) ponen de manifiesto que el intérprete tiene una visión más amplia de lo que deberían ser sus funciones y desconoce por tanto sus responsabilidades.

El Libro blanco de la traducción y la interpretación institucional explica la condición de la interpretación médica a partir del concepto de dualidad: la labor implica la interpretación, pero también la mediación intercultural (2011:57). Asimismo, se destacan como funciones más comunes (2011:50-60)

- 1) La interpretación en consulta médica y dependencias administrativas del hospital o centro de salud

- 2) La mediación intercultural en consulta médica y programas de promoción de la salud
- 3) La traducción: traducciones y adaptación cultural de material divulgativo (prevención, recursos sociosanitarios, hábitos saludables...)
- 4) Los avisos telefónicos: a los pacientes o familiares (citas, ingresos...)
- 5) La formación/sensibilización: personal sanitario (trabajo con un intérprete)// pacientes (funcionamiento del sistema sanitario español)
- 6) La investigación

Son varios los autores que subrayan la idea de que el intérprete en los servicios públicos no se limita a dar una traducción del mensaje (Fierro-Mühlemann, Martín y François 2014; Munoz y Kapoor-Kohli 2007; Bestué, García-Bevaert y Ruiz de Infante 2011). Dicho esto, además de las tareas señaladas en el Libro blanco, el intérprete en el servicio sanitario también puede desempeñar tareas como la explicación de elementos culturales y relacionados con el funcionamiento del servicio, ayudas a la cumplimentación de formularios, o la resolución de conflictos (Bestué, García-Bevaert y Ruiz de Infante, 2011:81).

Leanza et al. (2014:11) proponen la necesidad de la movilidad y oscilación de los roles del intérprete, tomando decisiones para lograr una transmisión correcta del sentido del discurso. Bermúdez Anderson (2009:13) delimita ciertos límites de esta perspectiva, dado que el intérprete debe saber cuáles son sus funciones y dónde empiezan sus límites. No puede, por tanto, pretender ser la solución del problema entre las partes.

Otorgándole al rol del intérprete un sentido más artístico, Shokrani (2014:119) lo define como una *labor poética*:

Transmettre une parole, une émotion, avec des contraintes de mesure, de rythme, constitue bien un travail que, faute de mieux, nous définissons comme poétique.

Dejando de lado las funciones del intérprete, otro aspecto que enardece el debate parte de la confrontación entre el intérprete imparcial y mediador. Se ha hablado previamente de la imparcialidad como uno de las normas que se deben respetar. Cuando

aludimos a la imparcialidad, ¿estamos descartando la figura del intérprete mediador? ¿O pueden ambas posturas ser compatibles?

Si indagamos en los estudios hechos al respecto, Blignault, Stephanou y Barrett, (2009:59) muestran que, según los resultados de sus encuestas, la neutralidad del intérprete figuraba en el último lugar de las características más valoradas. Explican entonces la lógica del resultado entendiendo que los pacientes asumen la no imparcialidad del intérprete en beneficio propio.

Varios autores (Weiss y Stuker, 1998; Shokrani 2014; Leanza, 2005) consideran que el intérprete médico se convierte en mediador cuando, más allá de las palabras, está traduciendo el lenguaje no verbal, el contexto jurídico y político, y las reglas y normas sociales del país de acogida, lo que se entiende como *advocacy* en el término anglosajón (Jiménez Salcedo, 2010). Dicha opinión la comparten Rudvin, Rosenberg y Herrero (citado por Valero, 2002:11), puesto que el «mediador lingüístico» (del mensaje) se convierte en «mediador intercultural». Bot (2003) va más allá en su teoría y equipara la «neutralidad» del intérprete médico con un mito (*mythological neutrality*) (citado por Leanza, 2005:15). Shokrani (2014:125) expone la necesidad de explicar y parafrasear, es decir, de mediar, cuando el intérprete se enfrenta a intraducibles, gestos culturales, segundas intenciones y motivos ocultos.

En el lado opuesto, Cambridge (2002) aboga por el modelo imparcial (citado por Valero, 2002:23) y, en cierto modo, Cortés (2009:11) defiende esta postura cuando afirma que el intérprete debe traducir el mensaje fielmente y sin ajustar el registro. Bermúdez (2009:11) advierte sobre los límites de esta imparcialidad. Bajo este prisma, el intérprete tiene la responsabilidad de detectar cuándo se está violando alguno de los derechos del paciente y, entonces, intervenir en consecuencia. Este mismo autor, sin embargo, establece también ciertos límites en la mediación, abogando por una interpretación que no exceda de sus funciones y caiga en el voluntarismo, la dedicación excesiva y la creación de una dependencia en el paciente (2009:11).

Ahondando más en este debate, podemos distinguir tres modalidades de posicionamiento del intérprete médico (Cortés, 2009; Leanza 2005; Avery 2001; Kaufert, M. Kaufert y LaBine 2009):

- intérprete *conducto, neutral*: elimina barreras causadas por el idioma y transmite el mensaje de manera completa y fiel (Cortés, 2009).
- intérprete *clarificador, agente cultural*: elimina barreras relacionadas con el registro, la complejidad del lenguaje y el conocimiento del paciente acerca del sistema sanitario y su burocracia. El fin de su interpretación consiste en dar explicaciones y códigos culturales para comprender el mensaje.
- intérprete *defensor*, si éste ayuda al paciente a eliminar posibles obstáculos que dificulten su acceso a los servicios sanitarios. Lo que también se conoce como «*embedded interpreter*» si hablamos de intérpretes que pertenecen a la misma comunidad lingüística y cultural que el paciente. Un papel que recibe críticas por comprometer la confidencialidad de la práctica interpretativa (Kaufert et al., 2009).

Leanza (2005:14) hace la misma clasificación bajo los nombres de *traductor*, *culture broker* y *abogado*.

La confrontación de la imparcialidad y la mediación nos conduce a la cuestión de la visibilidad del intérprete. En efecto, el «Modelo del Intérprete Visible» es fruto del trabajo de Angelelli (2004:29-30). La comunicación interpretativa tiene lugar en una institución, que, a su vez, se enmarca en una sociedad. La interacción entre los tres participantes de la comunicación se ve condicionada por factores que ejercen su influencia en tres niveles (social, institucional e interaccional). La interacción de los participantes, sus características sociales particulares y la combinación de los factores sociales, imposibilitan que ninguno de los participantes de la comunicación sea *invisible*.

Dicho esto, los trabajos de otros autores ponen de relieve que los intérpretes que trabajan en contextos sociales, como el sanitario, interaccionan con las otras partes para las que interpretan y, por tanto, su comportamiento se ve modificado por la realidad de la situación interpretativa (Angelelli 2003b y 2004; Berk-Seligson 1990; Bolden 2000; Bot 2003; Cambridge 1999; Davidson 1998, 2000, 2001, 2002; Kaufert y Putsch 1997; Kurz 1993; Mertzger 1999; Roy 1989; Valdés et al. 2000; Valdés et al. 2003; y Wadensjö 1995 y 1998) (citado por Angelelli 2004:28).

Valero y Gauthier (2010:110) apuestan por la visibilidad haciendo mención de la negociación de significados por parte del intérprete, el cual, a partir de las representaciones de cada una de las partes, decidirá lo que se «dice», se «quiere decir» o, más lejos aún, añadir lo que el solicitante «debería decir».

De esta suerte, resulta pertinente incluir el razonamiento de Pérez Blandino (2014):

Una vez alcanzada la visibilidad, puede que no resulte tan fácil volver al terreno de lo invisible.

Continuando con las discrepancias en los criterios de actuación, un conflicto no menos latente lo protagoniza el uso de las personas en el discurso.

El empleo de la primera persona en el discurso está generalmente asociado a una interpretación «profesional» (Harris, 1990; Wadensjö, 1998; Pöschhacker, 2004; Hale, 2004; Dubslaff y Martinsen, 2005, citado por Merlini y Favaron, 2009; Cortés, 2009; Valero, 2002). Merlini y Favaron (2009:198) encuentra una justificación al cambio de la primera a la tercera persona cuando se alargan los turnos de palabra, en situaciones de conflicto, o en situaciones distendidas. Por otro lado, los autores critican este cambio cuando es consecuencia directa del desconocimiento del intérprete y de su no profesionalidad.

Turner (2007) entiende el empleo de la tercera persona como una «interpretación declarativa» (*expository interpreting*), en la que el intérprete adopta una postura activa, colaborativa y de autorrealización. García Luque (2009:28), por su parte, aboga por el uso de esta persona, haciendo además referencia a la formación que las universidades deben dar al respecto.

Finalmente, un último aspecto a destacar es la problemática de las medidas de evaluación. En esta línea, Corsellis (2008:145) subraya la imposibilidad de los pacientes para evaluar el trabajo del intérprete o del traductor, básicamente, porque no hablan las dos lenguas empleadas.

Vista la ausencia de medidas de evaluación objetivas, los intérpretes tienen como alternativa la autoevaluación o bien, basarse en impresiones subjetivas y en valoraciones

informales del personal sanitario y de los pacientes (Blignault, Stephanou y Barrett, 2009:231-232).

d) Precariedad del servicio

Valero (1999) atribuye a la traducción y la interpretación en los servicios públicos la ejecución de traducciones o interpretaciones defectuosas que privan a las minorías de sus derechos. Sales Salvador (2006:4) evidencia la creciente demanda de los servicios de la interpretación médica, acompañada, por su parte, por una formación inadecuada, la inexistencia de un control de calidad, de un código deontológico reconocido y de remuneración y condiciones laborales dignas. Minett, Onos y Ugarte (2011:65) constatan la dificultad de los pacientes para acceder al servicio de interpretación.

Dicho esto, autores como Bestué, García-Bevaert y Ruiz de Infante (2011) y Bichoff y Hudelson (2010, citado por Boss-Prieto, 2014), responsabilizan a las instituciones de esta deficiente, constatando, desde ya el año 1999, los recortes financieros en este campo. Consecuentemente, Jiménez Salcedo (2010:80-83) expone los inconvenientes que derivan de prescindir del intérprete o de la precariedad de este servicio: mayor tiempo y complejidad de las intervenciones con el paciente, menos calidad de los cuidados, más gasto público e intensificación de la barrera lingüística en los pacientes alófonos.

La situación merece la atenta consideración de las instituciones, que a su vez, se beneficiarían de las ventajas que comporta una calidad del servicio: mejora de los tratamientos preventivos, mejor seguimiento de los tratamientos y reducción de las consultas de urgencias (Munoz y Kapoor-Kohli, 2007:46).

2.4.5 Obstáculos

No puede cerrarse este análisis sin hacer mención de los obstáculos a los que se enfrenta el intérprete médico.

En primer lugar, uno de los retos más importantes del intérprete consiste en crear un clima de confianza con el paciente y el médico, dado que la desconfianza del usuario constituye una de los posibles obstáculos a los que se enfrenta.

Por otro lado, el poder en este espacio de negociación puede suponer otro conflicto para el intérprete. Un desequilibrio del poder, provocado por los objetivos individuales de cada una de las partes implicadas, acarrea efectos adversos en la relación asistencial y en la labor del intérprete (Lesch, 1999; Cortés, 2009; Valero y Gauthier, 2010).

Qureshi (2009) traza un análisis de «la relación transferencial», que define como la reacción frente a la otra persona desencadenada por experiencias previas de cada uno (2009:9).

A tenor de lo expuesto, Qureshi especifica las transferencias entre el mediador y el paciente más comunes: la sobreidentificación, el intento de «salvar» al paciente, el rechazo del paciente y el sentimiento de pena por el mismo (2009:10-11). Riesgos que también contemplan Shokrani (2014) y Prats y Pinillos (2009).

También pueden ocasionarse transferencias entre el mediador y el personal sanitario: idealización o admiración, acusación de racismo, de inutilidad o de que el profesional sanitario se muestra como «todopoderoso» (2009:11-12).

Cuando el intérprete tiene un origen extranjero, Bermúdez Anderson (2009:9) habla de la «doble fidelidad», ya que el intérprete, además de su labor profesional, también ejerce el papel de miembro de una comunidad concreta a la que ha de responder.

Por último, las características de la intervención también pueden entorpecer la función del intérprete. Puede tratarse de situaciones complicadas de sexualidad, tortura (Shokrani, 2014:119), enfermedades terminales (Blignault, Stephanou y Barrett, 2009:229), o fraseologismos (Janicki, 1986:174) y jergas propias de la idiosincrasia del paciente (Shokrani, 2014:129).

En cualquier caso, es imprescindible comprender que los malentendidos que puedan suscitarse en el triángulo de la entrevista médica no tienen por qué tener una causa lingüística, sino que derivan sobre todo de los esquemas culturales de cada uno de los sujetos implicados (Valero Garcés, 2002:19).

2.4.6 *Propuestas y soluciones*

Ante este difuso horizonte, son varias las propuestas y soluciones que se nos brindan. A pesar del amplio abanico de posibles medidas, se confirma un consenso en varias de las soluciones propuestas.

Ortega, Abril y Martín (2009), Bestué, Beyaert y de Infante (2011), Blignault, Stephanou y Barrett (2009) y Boss-Prieto (2014) abogan por la necesidad de un trabajo de sensibilización de los pacientes, personal sanitario y autoridades, así como un cambio en la propuesta formativa para ofrecer una formación sólida, no solamente dedicada al aprendizaje lingüístico, sino también a aspectos culturales (Bestué, Beyaert y de Infante, 2011:70).

Se plantea también la importancia de la organización y asociación de los intérpretes (Ortega, Abril y Martín 2009; Bestué, Beyaert y de Infante 2011). Mientras que García (2009:28) y Blignault, Stephanou y Barrett (2011:70) proponen la creación de un cuerpo de intérpretes para atender a la demanda en los servicios públicos.

Por su parte Garrett (2009:77-78) comenta la utilidad de crear un registro de datos del paciente como el lugar de nacimiento, la preferencia lingüística y la necesidad de intérprete para agilizar el servicio. También aboga por la no prescripción del uso de familiares y amigos, ya que habrá situaciones en las que podrían ser una ayuda. No obstante, sí que habla de delimitar los casos en los que nunca deben emplearse como intérpretes. El mismo autor cree que se debería también aumentar el apoyo que los intérpretes y el personal sanitario dan a los pacientes extranjeros. La barrera lingüística los hace que los pacientes sean más vulnerables y que tiendan a quejarse menos de las deficiencias del servicio.

Por último, la interpretación telefónica puede resultar ser una alternativa (Bestué, Beyaert y de Infante, 2011:70). Al respecto, Garrett (2009:77) entiende la utilidad de este servicio sobre todo para los casos de urgencias, aunque considera importante establecer en qué situaciones la presencia del intérprete es irrevocable. Respecto a esta última alternativa, García Luque (2009:26-28) advierte de los posibles inconvenientes. El intérprete se encuentra en una posición de desventaja frente a los otros dos interlocutores, ya que está perdiendo información de la comunicación no verbal. Una dificultad añadida es la heterogeneidad de acentos, temas y situaciones que pueden

complicar la interpretación vía telefónica. Sin embargo, el autor defiende la interpretación telefónica para subsanar necesidades de ciertos dialectos e idiomas minoritarios.

3. Metodología

Tal y como se ha explicado en la introducción, la investigación de este trabajo es fruto de una primera toma de contacto con la interpretación en el ámbito sanitario en Quebec, Canadá. Esta premisa nos sitúa en el objeto de la investigación: la interpretación en los servicios públicos y, más concretamente, la interpretación en el ámbito de la salud. Dicho de otro modo, la primera etapa de este trabajo, así como de cualquier trabajo de investigación, consiste en, una vez definido claramente el objeto de estudio, establecer el objetivo general, el cual acabamos de mencionar, así como los objetivos más específicos de éste.

Para poder trazar estos objetivos más concretos ha sido primordial una fase inicial de búsqueda documental y de recopilación de información. A través de estas lecturas nos hemos documentado acerca de los aspectos más generales de la interpretación, explorando un amplio abanico internacional, hasta perfilar la búsqueda al ámbito de la interpretación sanitaria y al territorio nacional. Una etapa preliminar que destaca en tiempo empleado y en importancia, puesto que asienta los cimientos de todo el proyecto.

Para organizar convenientemente la información recopilada y hacer más sencillo el proceso de recuperación de dicha información, hemos empleado un sistema de fichas de lectura en las que hemos incluido los aspectos más importantes de cada recurso consultado: autor(es), título, lugar y año de publicación, editorial, ISBN/ ISSN/ URL, resumen, observaciones y citas.

En esta etapa se llevan a cabo primeras búsquedas para poder localizar a los autores más destacados de la temática investigada, recursos actualizados y obras de referencia que tratan el tema en cuestión. Un elaborado proceso que puede dilatarse una vez se empieza a redactar el estado de la cuestión del trabajo de investigación, puesto que antes de empezarlo, es preciso llevar a cabo una evaluación de toda la información recopilada. Dicha evaluación permite determinar si la información recabada es pertinente y suficiente para continuar el curso del trabajo.

Después de la búsqueda de información, y de la revisión de la misma, se establecen los objetivos más específicos de la investigación. Estos objetivos conforman

la espina dorsal del estado de la cuestión: la interpretación en el ámbito sanitario, en el panorama internacional y nacional, la profesión del intérprete y la formación.

Otro de los elementos clave del proceso inicial es el diseño de investigación del trabajo de campo. De manera general, existen tres grandes líneas en el diseño de investigación: el método cualitativo, el cuantitativo y el mixto.

Cuando se va a abordar la temática de la interpretación, el alcance de la investigación se ve a veces limitada por los componentes humano, cultural y lingüístico que configuran este campo de acción, así como otros condicionantes físicos y emocionales derivados de las culturas, las lenguas y del contexto profesional y social en el que se desarrolla el proceso interpretativo. Estas características dificultan, a su vez, el empleo de técnicas puramente cuantitativas.

Dicho esto, la opción que mejor respondía a las necesidades de nuestra investigación era la de un diseño mixto basado en encuestas. El propósito de estudio plantea, por tanto, una doble vertiente: un trabajo de campo y de observación con el fin de detectar patrones de comportamiento en un contexto real, seguido de un análisis de casos particulares a partir del resultado final.

Para poder enmarcar correctamente el diseño de la investigación del trabajo de campo, ha sido necesario delimitar una serie de parámetros:

a) Qué se pretende investigar:

En este sentido, la investigación está configurada en torno a tres ejes medulares: los pacientes, los médicos y los intérpretes.

b) Dónde tiene lugar la investigación:

El trabajo de campo se desarrolla en Madrid, en el Hospital Universitario Ramón y Cajal y en el proyecto de la Asociación Salud Entre Culturas. Además, el trabajo de análisis tiene lugar en un entorno natural, la consulta médica, lo que contribuye a un mayor realismo de los resultados.

c) Cuándo se lleva a cabo:

La investigación tiene un carácter transversal, es decir, la observación y la recogida de información se hacen en un periodo de tiempo concreto, entre los meses de febrero y mayo, y a través de una única medición.

d) Cómo se desarrolla:

Hablamos de métodos, instrumentos y procedimientos empleados. Como se ha apuntado previamente, el método escogido es el de la encuesta. Por encuesta, entendemos tanto la entrevista, como el cuestionario, ambas utilizadas en este trabajo. A través del cuestionario se obtiene información de muchos sujetos y, en gran parte, se recopila de manera objetiva. La entrevista, por su parte, permite hacer un análisis más profundo de la situación. Cuando se combinan ambos instrumentos, se pueden obtener datos más detallados que permiten completar cada una de las partes.

Antes de iniciar tanto la entrevista como el cuestionario fue necesario llevar a cabo un análisis documental: hacer una revisión de datos de otras fuentes; informarse acerca de la asociación y de su proyecto; buscar datos estadísticos del contexto geográfico y sociocultural y documentos oficiales y legislativos; indagar sobre otros proyectos similares y estudiar cómo se ha procedido en investigaciones similares. En lo que se refiere al último punto, consultamos documentos de investigaciones en las que se han apoyado en el uso encuesta, como es el caso de Gil-Barjadí, Arumí y Vargas-Urpi (2011); Minett, Onos y Ugarte (2011); Bestué, García-Beyaert y Ruiz de Infante (2011); Bermúdez (2009); Leanza, Rizkallah y Labonté (2014); Fierro-Mülhlemann, Eíríz y François (2014); Boss-Prieto (2014); Mateo (2004) y Jiménez (2010). Para la realización de entrevistas y encuestas, también fue necesario hacer una búsqueda documental sobre la técnica y la manera de proceder correctamente.

Ahora bien, ¿cómo fue el primer contacto con Salud Entre Culturas? En nuestra primera fase de investigación y, después de haber conocido el proyecto de Canadá, hicimos una búsqueda activa de proyectos que, en España fueran similar, esto es, relacionados con la interpretación social en el ámbito de la salud. Uno de ellos fue, efectivamente, Salud Entre Culturas, que además, a causa del fuerte interés personal en este tipo de iniciativas, contactamos a título personal, para colaborar con ellos de manera voluntaria. A esta petición respondió el coordinador del equipo de Salud Entre Culturas, con quien mantuvimos una conversación telefónica y a quien mostramos

interés en colaborar con ellos y en hacer, además, un estudio de campo con su equipo de intérpretes en el hospital en el que ellos estaban trabajando.

Fue así cómo concertamos la primera entrevista personal en Madrid, es decir, la encuesta de tipo exploratorio, la cual tuvo lugar en el Hospital Ramón y Cajal, el día 27 de febrero de 2015. Esta entrevista supuso la primera toma de contacto con la asociación, en la que tuvimos la oportunidad de conocer el funcionamiento interno y la dinámica de trabajo de todo el equipo. Sirvió, asimismo, para establecer una primera exploración de las posibles variables clave a tener en cuenta en el trabajo de campo, así como para verificar la factibilidad y conveniencia de la investigación. Fue una entrevista semiestructurada y focalizada, es decir, se llevó a cabo teniendo en cuenta un guión previamente estructurado gracias a una completa búsqueda documental.

A la entrevista le sucedió, este mismo día, una reunión con la plantilla de intérpretes del proyecto. La envergadura y el funcionamiento de estas reuniones lo explicaremos con mayor precisión en el siguiente apartado. Esta jornada puso fin a la fase inicial exploratoria.

En la segunda etapa de recopilación de datos la herramienta de trabajo principal fue el cuestionario. Para que pueda ser un instrumento útil de cara a la investigación, el proceso de elaboración ha de respetar un orden y una lógica.

No obstante, antes de entrar a explicar el proceso elaboración de los cuestionarios, es importante precisar la particularidad del proceso de análisis de uno de los tres ejes, el grupo de los médicos. En vez de lanzar los cuestionarios, como se hizo con los otros dos ejes del estudio, nos servimos de los resultados de una encuesta que el propio equipo de Salud Entre Culturas había llevado a cabo con anterioridad. Los problemas de confidencialidad fueron la causa principal por la cual nos fue imposible acceder directamente a este gremio. No obstante, en este tipo de investigaciones de campo, no resulta excepcional encontrarse con este tipo de obstáculos en el proceso de observación y de recogida de evidencia empírica.

Para los otros dos cuestionarios, el dirigido a los pacientes y el dirigido a los intérpretes, definimos, en primer lugar, las diferentes variables que íbamos a estudiar y el tipo de información que se pretendía obtener.

A continuación, trabajamos en uno de los elementos claves de los cuestionarios: el diseño. Al inicio del cuestionario, antes del bloque central de preguntas, incluimos una breve explicación acerca del objetivo de nuestra investigación, del destino de los resultados, así como de la salvaguarda de la confidencialidad de los datos obtenidos. Para estructurar el contenido y la lógica de las preguntas, dividimos los cuestionarios en dos grandes secciones: una primera, destinada a la recopilación de información de tipo sociodemográfico (edad, sexo, nivel académico, profesión...), y una segunda, con intención de recabar información subjetiva explorando opiniones, actitudes y conductas. Concretamente, en el caso de los pacientes, pretendíamos conocer su experiencia y su punto de vista respecto a la interpretación y a la figura del intérprete. En los cuestionarios que los intérpretes deberían completar, por su parte, el objetivo trazado consistía en conocer su perfil profesional y todo lo relacionado con su trabajo en la consulta. La organización del contenido de las preguntas respondía también a una escala de dificultad, de modo que al principio se añadieron las preguntas más sencillas y breves, para acabar con las más largas y complejas.

A la hora de diseñar los cuestionarios, tuvimos también en consideración el tiempo necesario para completarlos. Un factor importante en el tiempo es el tipo de preguntas. Como el objetivo era hacer cuestionarios breves, las preguntas son, en su mayoría, cerradas o de opción múltiple. También se incluyeron, aunque en menor medida, preguntas abiertas y de calificación con escala.

Para comprobar que el diseño del cuestionario era óptimo, evaluamos un primer borrador a través de una prueba piloto con compañeros y conocidos. Este primer tanteo obedece al propósito de medir el tiempo que se tarda en completar el cuestionario y comprobar la coherencia de las preguntas incluidas. A raíz de los resultados de esta prueba, pueden hacerse pequeños cambios de mejora antes de proceder a la distribución de la versión final de los cuestionarios.

Un último aspecto a destacar es el idioma en el que se han redactado los cuestionarios. El cuestionario de los médicos, que lanzó la organización, y el que diseñamos y distribuimos para los intérpretes, se redactaron ambos en español. Por otro lado, para elegir el abanico de idiomas en los que se redactarían los cuestionarios de los pacientes, nos informamos, previamente, de las nacionalidades de los pacientes extranjeros que recibe el Hospital Ramón y Cajal con mayor frecuencia. Respondiendo

a la demanda del hospital, hicimos versiones de los cuestionarios en francés, inglés, árabe, chino y ruso. Para las traducciones al árabe, al ruso y al chino, contamos, afortunadamente, con la valiosa ayuda de compañeros de traducción de dichas nacionalidades.

Para distribuir los cuestionarios, hicimos un reparto diferente para cada grupo de estudio:

En el caso de los pacientes, los propios intérpretes fueron los encargados de entregarles el cuestionario una vez finalizada la consulta. Este cuestionario se lo hicimos llegar previamente a la organización a través del correo electrónico.

Para los cuestionarios de los intérpretes, diseñamos los cuestionarios en Internet, empleando para ello la herramienta de Google para formularios.

Ambas maneras de proceder tienen sus ventajas y sus inconvenientes. La modalidad presencial permite colaborar, ayudar a los pacientes a rellenar el cuestionario y explicarles posibles dudas que pudieran tener. En este sentido, la ayuda de los intérpretes fue determinante para ayudar a pacientes que, en muchos casos, vienen de contextos sociodemográficos de escaso nivel cultural y pueden presentar dificultades a la hora de completar los cuestionarios. No obstante, la principal desventaja del modo presencial es la posible influencia que el encuestador, en este caso el intérprete, puede ejercer en el paciente, teniendo una consecuencia directa en los resultados del cuestionario; es el denominado efecto Hawthorne.

Por otro lado, presentar los cuestionarios en línea es una manera más rápida y menos costosa, tanto en la elaboración, como en la recogida y codificación de los resultados. Sin embargo, el control de los encuestados es inferior.

Sea cual sea el procedimiento, en el análisis de resultados se ha de tener presente el carácter más personal y subjetivo de ciertas preguntas, de las que pueden derivarse respuestas con información «socialmente aceptada».

En lo que respecta a la técnica de muestreo, empleamos el muestreo por decisión razonada. Es decir, la muestra corresponde a los tres componentes del triálogo de la consulta de los que previamente se ha hecho mención: los intérpretes, los médicos y los pacientes. El número de sujetos de cada grupo dependió de las circunstancias concretas

de cada caso: de los médicos obtuvimos cuantas respuestas recopiló el equipo de Salud Entre Culturas en un periodo concreto de tiempo; para los intérpretes, el cuestionario se le pasó a todo el equipo de intérpretes; el total de pacientes corresponde a todos los que acudieron a la consulta médica en un periodo de tiempo de un mes, el mes de mayo de 2015 concretamente.

Una vez completados todos los cuestionarios, el análisis y codificación de todos los datos recopilados se hizo en dos fases: una primera, destinada a observar, descomponer y agrupar por separado los resultados de cada uno de los tres ejes de la investigación. En una segunda fase, se establecieron todas las relaciones lógicas del cruce de datos de los tres grupos.

La codificación de los datos facilitó el análisis estadístico y descriptivo de los mismos, empleando para ello medidas de frecuencia y de tendencia central. Para ello se emplearon valores numéricos, nominales u ordinales, en función de si había o no un orden lógico en las respuestas. Este modo de codificar, no obstante, se tuvo que combinar con una codificación de naturaleza verbal y nominal para los casos de preguntas más abiertas.

A la hora de plasmar los resultados, la lógica fue similar: agrupar y dar a conocer la información de cada grupo investigado para, finalmente, presentar las conclusiones de todo el conjunto.

Alcance de la investigación:

Para garantizar el alcance de la investigación, comprobamos que los datos obtenidos presentaban, por un lado, una validez interna, descartando así factores no relacionados con el objeto de la investigación, y, por otro lado, una validez externa, permitiendo generalizar los resultados a otros contextos.

Por ende, con esta investigación y trabajo de campo pretendemos conocer una realidad concreta en términos de condiciones laborales, de calidad del servicio, satisfacción del cliente, estatus de la profesión y formación. Lejos de buscar respuestas y conclusiones cerradas, el objetivo de este trabajo es el de dar a conocer las características y los límites de esta profesión en un contexto concreto e invitar, a su vez, a la creación de nuevas líneas de investigación que puedan ir ofreciendo posibles

respuestas y soluciones a necesidades reales, tanto a nivel profesional, como didáctico, abriendo puertas a posibles adaptaciones de principios didácticos a contextos reales.

4. Objeto de la investigación: Salud Entre Culturas

4.1 *Salud Entre Culturas, la organización y su proyecto.*

Salud Entre Culturas es una organización que se puso en marcha en el año 2006 con el objetivo de llevar a cabo proyectos de prevención y educación para la salud, cultural y lingüísticamente adaptados a la población autóctona e inmigrante del territorio español. El equipo de Salud Entre Culturas pertenece a la Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas (AEEI), organización sin ánimo de lucro formada por los médicos del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, creada en 1991 y declarada de Utilidad Pública en el 2003 (Salud entre culturas, 2012).⁵³

Otros proyectos de similar naturaleza con actuación en la Comunidad de Madrid pueden ser los de COMRADE⁵⁴ (Comité de Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en el Estado Español), una asociación que trabaja en el ámbito social, jurídico, laboral y sanitario y con la que Salud Entre Culturas pretende trabajar conjuntamente; ACCEM,⁵⁵ asociación que ofrece servicios para los usuarios de la asociación, especialmente refugiados, migrantes y personas en situación o riesgo de exclusión social; o la Fundación la Merced Migraciones, que trabaja para la protección e inclusión de los inmigrantes refugiados. Podrían colaborar también con Salud Entre Culturas sobre todo en la organización conjunta de cursos de formación y sensibilización del personal sanitario.

Para conocer mejor el trabajo de Salud Entre Culturas, es preciso conocer los tres programas que cimientan este proyecto:

- *VIH: Prevenir y diagnosticar para vivir más y mejor:* con este programa se facilita asesoramiento y pruebas de diagnóstico rápido de infección por VIH a los inmigrantes. Se les ofrece también información acerca de los recursos socio-sanitarios de Madrid.

⁵³ Salud Entre Culturas: *¿Qué hacemos?* (2012): <http://www.saludentreculturas.es/antecedentes/>. Consultado en marzo de 2015.

⁵⁴ COMRADE: <http://www.comrade.es/>. Consultado en marzo de 2015.

⁵⁵ ACCEM: <http://www.accem.es/>. Consultado en marzo de 2015.

- *Nuevos Ciudadanos, Nuevos Pacientes*: en funcionamiento desde el 2007, tiene como principal objetivo prevenir las enfermedades infecciosas y educar en temas básicos de salud, tanto a población inmigrante, como a profesionales y voluntarios. Esta iniciativa incluye seis proyectos centrados en enfermedades infecciosas y temas básicos de salud. El material didáctico está adaptado a la realidad del hospital de Ramón y Cajal y de la Comunidad de Madrid.
- *Creando puentes: gestión de la diversidad cultural en el ámbito sanitario*: dio sus primeros pasos en 2006 con el propósito de lograr la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes extranjeros. El papel del intérprete y mediador constituye el eje medular del programa. Cabe destacar, además, que en el último año se superaron las expectativas del número de interpretaciones, pasando de unas 500 en el año 2013 a más de 1600 en 2014. De este programa se benefició una población inmigrante con un abanico de 39 lenguas diferentes y de más de 60 nacionalidades.

¿Cuáles son los objetivos, por lo tanto, de Salud Entre Culturas?

- Ofrecer un servicio de calidad, de relevancia cultural y lingüística con un impacto positivo en la sociedad.
- Capacitar a un grupo de inmigrantes y a los profesionales de la salud en competencia cultural y gestión de la diversidad cultural.
- Informar a inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid sobre el funcionamiento del sistema sanitario español.
- Formar a estudiantes en competencias de traducción e interpretación en los servicios públicos.⁵⁶

Vistos los objetivos se entiende que, más allá de proporcionar un servicio de interpretación a la comunidad de pacientes extranjeros, hay una prioridad en formación para la interpretación y la mediación. La necesidad de impartir esta formación se puso en evidencia a raíz del *Curso de mediación intercultural en el ámbito sociosanitario*, impartido por la asociación en el 2008. Como resultado, la importancia de formar

⁵⁶ Salud Entre Culturas: <http://www.saludentreculturas.es/>. Consultado en marzo de 2015.

futuros mediadores e intérpretes era ineludible, sobre todo en lenguas minoritarias. Tal y como se subraya desde el equipo de Salud Entre Culturas, «los inmigrantes de comunidades con lenguas minoritarias son potenciales intérpretes y mediadores muy competentes, puesto que además del conocimiento lingüístico, aportan una serie de claves culturales, requisito imprescindible para eliminar barreras culturales». Con la formación de los cursos ofrecidos desde la organización, se logra poder contar con profesionales de confianza que puedan trabajar en su proyecto.

Se abordan en estos cursos temas legales, interculturales y sanitarios, así como técnicas de interpretación y mediación que imparten profesionales del sector. En el último curso, por ejemplo, se contó con la colaboración de Bárbara Navaza, intérprete y mediadora intercultural especializada en el ámbito sanitario y responsable de que se iniciara en su día el proyecto de Salud Entre Culturas. También participó en la formación del curso Begoña García Pastor, especializada en ciencias biomédicas y en mediación.

Si bien es cierto que este tipo de formación está siendo especialmente útil, la duración de estos cursos juega un papel decisivo para poder sacar el máximo beneficio de estas iniciativas. El primer curso que se impartió tuvo una duración de 6 meses, permitiendo profundizar en todas las temáticas. Sin embargo, el recorte de los fondos destinados a la asociación ha imposibilitado repetirlo con la misma duración, teniendo que reducirlo en 2014 a dos meses.

Por otro lado, en la primera mitad del año 2015, ya se han celebrado dos jornadas de formación intercultural de personal sanitario. Una de ellas en la sede de Cruz Roja en Madrid, con el fin de formar a su equipo de profesionales: trabajadores sociales, enfermeros, médicos y voluntarios, y otra, en el Hospital de Leganés. Ambas han contado con la participación de los intérpretes de Salud Entre Culturas.

Estas jornadas se organizan a modo de réplica de los cursos de mediación intercultural que Salud Entre Culturas viene impartiendo estos últimos años y a través de los cuales se trabaja, entre otros aspectos fundamentales, la dinámica de trabajo con los intérpretes en la consulta médica. Dicho de otro modo, los principales beneficiarios son los trabajadores del ámbito sanitario y socio sanitario en contacto con la población inmigrante, de entre los cuales se incluye a los intérpretes.

Dejando de lado la formación, pasamos a conocer el equipo de interpretación de la asociación. La plantilla de intérpretes la conforman 14 profesionales: 2 de Rusia, 1 de Argelia, 3 de Senegal, 1 de Guinea Conakry, 1 de China, 1 de Marruecos, 2 de Bangladesh y 3 de España. No obstante, en el hospital cuentan permanentemente con dos de ellos: la coordinadora del equipo de interpretación, intérprete y traductora, y un segundo intérprete de Senegal que colabora con la asociación como voluntario. El intérprete de Senegal, aunque no cuente con la formación específica en Traducción e Interpretación, desempeña una función determinante, sobre todo cuando se ha de atender a pacientes que hablan lenguas minoritarias africanas. El equipo de Salud Entre Cultura es consciente de la importancia de una formación reglada en Traducción e Interpretación. No obstante, entienden que a veces hay que prescindir de ciertos requisitos para poder cubrir las necesidades de determinadas comunidades de inmigrantes que no pueden comunicarse más que en este tipo de lenguas.

En lo que respecta al sueldo, los intérpretes ganan en la primera media hora de trabajo 20€; de 31 a 60 minutos, 25€; de 61 a 120, 40€, 120 a 180 minutos 50€ y un máximo de 60€ por día, siempre en sueldo bruto.

Cuando se recibe un encargo de interpretación, la manera de actuación es la siguiente: el intérprete recibe la demanda de trabajo, ya sea por el equipo del hospital, o directamente a través del contacto del cliente. A partir de este año, antes de aceptar el trabajo, deben comunicárselo al equipo de Salud Entre Culturas para que valoren si se puede hacer o si ya se ha superado el número de intervenciones previstas. Se trata de una medida que se han visto obligados a adoptar como consecuencia del recorte de fondos económicos.

Una vez terminado el trabajo, cada intérprete rellena un formulario con sus datos, los datos del paciente, del personal sanitario, así como la opinión del personal sanitario y del paciente respecto a sus servicios.⁵⁷ También tiene la obligación de llevar al día un diario en el que registra las mediaciones que han ido surgiendo a lo largo del mes. En este diario el intérprete responde a preguntas tales como « ¿Qué complicaciones han surgido? ¿Cómo has reaccionado como intérprete/mediador? ¿Cómo te sentiste? ¿Qué podrías haber hecho de manera distinta?» A final de mes se entregan todos los

⁵⁷ Una copia del formulario se ha incluido en el Anexo.

formularios y la gestora financiera se encarga de hacer los pagos en función de las horas justificadas.

Siguiendo en la línea económica, la financiación con la que la organización cuenta proviene tanto de fondos públicos (Fondo Europeo para la Integración, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Comunidad de Madrid), como privados (Fundación La Caixa). Dado el recorte en la financiación, se está contemplando la posibilidad de llevar a cabo otras alternativas como el *crowdfunding* o la creación de una plataforma de socios.

Otra de las consecuencias del recorte de fondos es la supresión de servicios ofrecidos en años anteriores. Se han visto obligados a limitar el servicio de interpretación para consultas médicas, descartando los acompañamientos y el apoyo psicológico. Se limitan así las interpretaciones al hospital de Ramón y Cajal, reservando un pequeño cupo de actuación fuera del hospital, sobre todo para población china y bengalí, pero siempre y cuando sean intervenciones en consulta. Esto ha generado el malestar y desacuerdo de pacientes como las mujeres de origen chino, que reclaman un servicio de interpretación cuando van a hacerse ecografías. En este tipo de intervenciones, el médico también hace una serie de preguntas al paciente, ya sea para abrir su historia en la primera cita, o para el seguimiento en las consecutivas. Los intérpretes insisten en la realidad de las mujeres chinas, el porcentaje de aquellas que no saben español es muy elevado, de manera que poder contar con un intérprete para ellas es fundamental. Se está planteando por eso volver a incluir las consultas ginecológicas en el servicio. Lo que se quiere excluir en todo caso son los acompañamientos para pruebas sencillas como los análisis de sangre o las radiografías, en los que no hay grandes intercambios lingüísticos.

También se ha planteado como solución derivar los casos que no se pueden cubrir este año a otras asociaciones como COMRADE. Al fin y al cabo, el objetivo final no es otro sino el de ofrecer este servicio a la población objetivo, seguir dando respuesta a esa necesidad. Si aunando los medios existentes se puede alcanzar la meta, entonces el trabajo colaborativo es la mejor de las soluciones.

Por otro lado, los intérpretes han demandado en varias ocasiones que se ofrezca la posibilidad de un apoyo psicológico. No hay que olvidar que en el terreno de la

interpretación social un intérprete tiene la función de canal de transmisión de noticias que no siempre son agradables. COMRADE, en este caso, sí que cuenta con ese servicio de psicología, del que podrían beneficiarse los intérpretes de Salud Entre Culturas. Se ha planteado así que en las formaciones que desde COMRADE se organicen para sus intérpretes en el plano psicológico, puedan participar también los de esta organización.

Una parte importante de la dinámica de trabajo con los intérpretes son las reuniones mensuales que el equipo de la organización convoca. En ellas hacen una puesta en común de las intervenciones, con especial atención a aquellas situaciones en las que han tenido que mediar. Es importante precisar, en este sentido, que el equipo de Salud Entre Culturas establece una clara diferencia entre interpretar y mediar. Hablamos, en el primer caso, del proceso mediante el cual se facilita la comunicación entre las dos partes con idiomas diferentes. Dicho de otro modo, se trata de la parte puramente lingüística. La mediación es un procedimiento que entra en juego desde el momento en el que se requiere una explicación de tipo cultural u otro tipo de estrategias con la pretensión de eliminar las barreras culturales.

Una de las funciones más importante de estas reuniones es la de compartir los problemas que hayan podido surgir para buscar, entre todos, posibles soluciones. A veces, el intérprete se ha visto obligado a dejar de trabajar con algún paciente. Hablamos, por ejemplo, de casos en los que los pacientes abusan del intérprete, pidiéndole servicios que van más allá de sus labores como intérprete y mediador. Este tipo de conflictos, así como las posibles carencias de formación técnica de los intérpretes, son objetivos que desde Salud Entre Culturas se tienen en cuenta, para seguir avanzando y mejorando su proyecto.

En contraposición, el inconveniente de estas reuniones es el poco grado de formalidad. En teoría se convoca a todos los intérpretes, pero llegado el día, no se sabe a ciencia cierta cuántos acudirán. Sin embargo, el resultado de estas citas puede ser muy constructivo y, cuantos más intérpretes participen, más aportaciones y conclusiones se aportarán. Además, visto el frágil reconocimiento social del que goza el intérprete social hoy en día en España, es fundamental que se cree una red profesional que permita seguir avanzando y ganando terreno.

Para evaluar el trabajo y el servicio que están ofreciendo los intérpretes la organización ha creado un modelo de formularios que tienen que rellenar los intérpretes por cada intervención. El médico tiene la posibilidad de proporcionar, de manera voluntaria, su correo electrónico, que luego se utilizará para enviarles encuestas de satisfacción. Además, las reuniones de las que hemos hablado también cumplen su labor de seguimiento, puesto que en ellas se comparten experiencias, se pueden preguntar dudas y se plantean formas de actuación y posibles soluciones.

4.2 Análisis: los tres ejes de la investigación.

Para poder profundizar en el análisis de este proyecto y, de manera más general, en la interpretación en el campo de la salud, vamos a conocer los resultados de los cuestionarios repartidos a los tres ejes implicados. Antes de sacar a la luz los datos recabados, es preciso conocer la magnitud de la muestra de cada grupo: obtuvimos respuestas de 20 médicos, 11 intérpretes y 21 pacientes.

a) Los médicos:

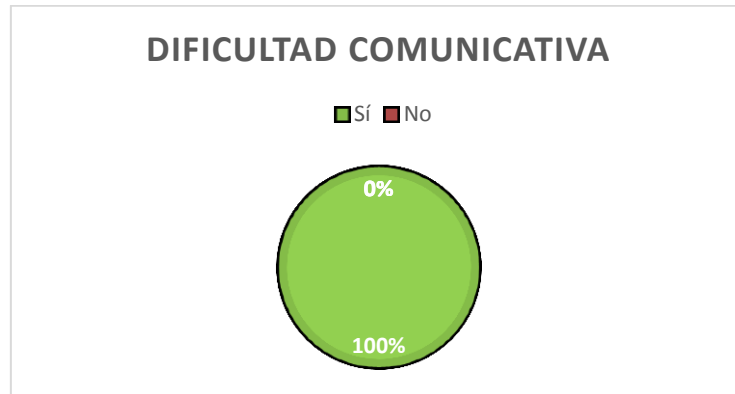
A través de los cuestionarios distribuidos al grupo de los médicos, hemos podido conocer, en primer lugar, la realidad de las dificultades comunicativas en el contexto médico, y en segundo lugar, la opinión de los profesionales sanitarios acerca de la figura del intérprete y de su labor.

Como se mencionó en el apartado de la metodología, el cuestionario de los médicos lo diseñó y repartió el grupo de Salud Entre Culturas. En este trabajo aprovecharemos los resultados para analizar este primer grupo de análisis.

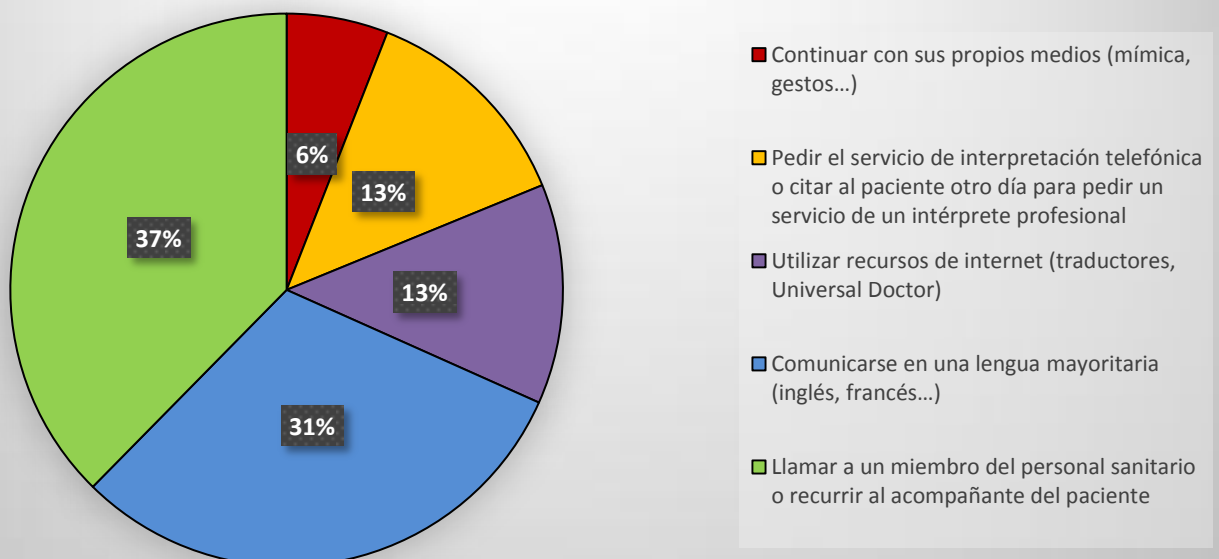
El cuestionario consta de cuatro preguntas y un subapartado en una de ellas. Los resultados los vamos a analizar en dos grandes partes: la experiencia personal del médico y su punto de vista respecto al trabajo del intérprete.

a.1) Experiencia personal:

Esta primera parte se resume en los dos siguientes gráficos:



Solución de los médicos para conseguir la comunicación con pacientes extranjeros



Todos los médicos confirman haber tenido dificultades lingüísticas para comunicarse con los pacientes extranjeros. Para paliar este tipo de dificultades, de las soluciones propuestas, solamente una de ellas implicaba la ayuda de un profesional, de manera telefónica o presencial. Esta respuesta recibe únicamente el 13% de las respuestas.

Por otro lado, el resto de opciones podrían entenderse como soluciones *ad hoc* con recursos que el médico tenga su alcance o bien, sirviéndose de la ayuda de terceras personas que no garantizan necesariamente el poder establecer esa comunicación entre el médico y el paciente.

Según los porcentajes, las opciones menos utilizadas han sido el empleo del lenguaje no verbal, la mímica y los gestos con el paciente y, ligeramente más empleado, la opción de los recursos de Internet.

Las dos opciones más populares han sido el empleo de lenguas más comunes como el francés o el inglés, o de terceras personas, bien sea otros profesionales sanitarios o acompañantes de los pacientes.

Las soluciones a las que los médicos han optado confirman una realidad de falta de profesionalidad e intrusismo en la realidad de la interpretación médica. Estos datos, además, están en consonancia con los estudios previamente mencionados de Harris (1977), Valero y Martínez (2008) y Pöchhacker (2011), que hablaban de la *Natural Translation*, entendiéndola como una solución no profesional.

Como también abordábamos en la parte teórica, este tipo de soluciones pueden ser la causa de problemas de infidelidad en la transmisión del mensaje y de posturas imparciales, así como de una violación de la confidencialidad.

No obstante, la falta de medios económicos imposibilita que se pueda recurrir a soluciones profesionales, de lo que se deriva que los profesionales sanitarios tengan que sortear los obstáculos comunicativos con los medios que estén a su alcance. Estas soluciones, sin embargo, pueden provocar no sólo una transmisión del mensaje errónea, sino también, y lo que es aún más grave, un mal diagnóstico o intervención médicos.

a.2) *Evaluación del trabajo del intérprete:*

Esta segunda parte incluye la opinión de los médicos acerca del modo de proceder del intérprete, así como su grado de satisfacción con su trabajo:



Los médicos tenían en el cuestionario la posibilidad de marcar cuantas opciones consideraran ciertas de entre las que se muestran en los gráficos en relación con su experiencia con el intérprete en la consulta. Para analizar los resultados, hemos considerado oportuno agruparlas en función del aspecto analizado en cada una de ellas.

A primera vista, los resultados muestran una tendencia positiva respecto al trabajo del intérprete.

A efectos estadísticos, ninguno de los conjuntos representados por los gráficos suma un porcentaje total de 100%. Esto quiere decir que no todos los médicos encuestados han valorado todos los aspectos posibles, bien porque no tenían clara la respuesta, o porque no estaban de acuerdo con las opciones a elegir.

Ahora bien, dejando de lado la no respuesta, las respuestas confirmadas demuestran, en primer lugar, una clara posición del médico respecto a la presentación del intérprete y a su actitud: los intérpretes se presentan y explican su manera de proceder antes de empezar la consulta y demuestran respeto en todo momento.

En lo que se refiere a la presentación, se trata de una manera de actuar en consonancia con el curso que la propia organización Salud Entre Culturas ofrece a los intérpretes-mediadores a través de la Fundación La Caixa: *Curso de mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. (Cortés, 2009:9).

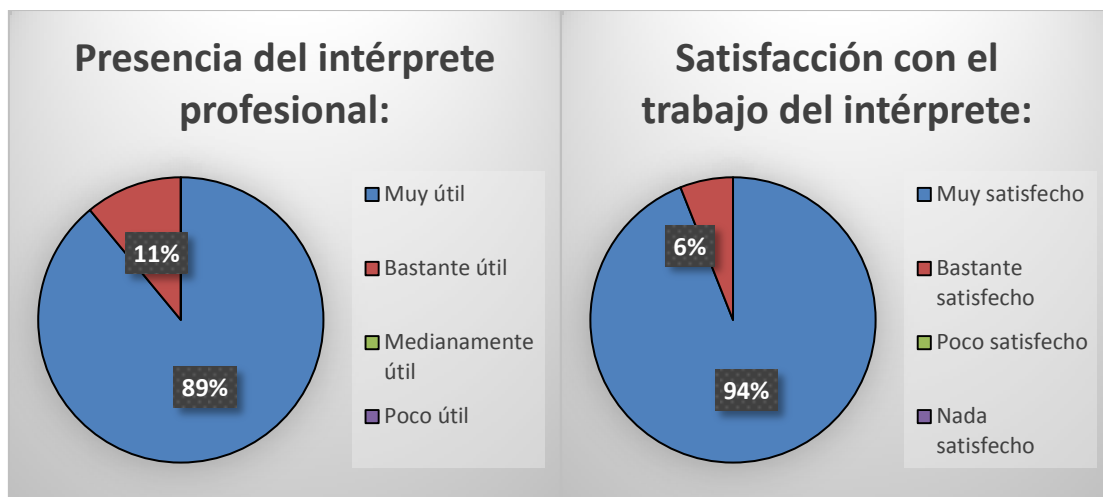
En segundo lugar, se observa una mayoría favorable respecto al nivel de español de los intérpretes y a su actitud imparcial. No obstante, en ambas opciones, hubo un 12% de las respuestas que indicaban un dominio insuficiente de español y una postura a favor del paciente por parte del intérprete.

La no neutralidad del intérprete, según las teorías revisadas, podría explicarse a partir del perfil del propio intérprete, el cual, si pertenece a la misma comunidad lingüística y cultural que el paciente puede dar lugar a lo que algunos autores han bautizado como el *embedded interpreter* (Dysart-Gayle, 2007), posicionándose a favor del paciente. Por otro lado, otros autores parten de la premisa del desconocimiento, en este caso del médico, acerca de la interpretación y su práctica en este campo, lo que conduce a un posible sentimiento de verse amenazado y de que existe un trato favorable entre el intérprete y el paciente (Munoz y Kapoor-Kohli, 2007).

En cualquier caso, no hay que olvidar la carga subjetiva de los resultados, dado que se trata de juicios de valor de los médicos y que, además, las posibles causas de estos resultados, no obstante, no pueden confirmarse sin conocer el perfil de los intérpretes, que analizaremos en el próximo apartado.

Por último, el uso del intérprete de la primera o de la tercera persona del sujeto está repartido en porcentajes muy similares. Si tenemos en cuenta las indicaciones del curso de interpretación y mediación previamente mencionado, el uso recomendado es el de la primera persona. Si, por otro lado, recordamos los diferentes puntos de vista de los autores investigadores de este campo de estudio, las opiniones son dispares. Veremos el punto de vista de los intérpretes y el resultado que se obtiene con los pacientes para analizar este criterio de actuación concreto en su globalidad.

En última instancia, presentamos a continuación los resultados respecto a la calidad del trabajo del intérprete y la satisfacción del médico al respecto:



A la vista queda la valoración positiva de los médicos respecto al trabajo del intérprete y la utilidad de su servicio.

Estos últimos resultados positivos acerca del servicio de interpretación suponen un impulso para seguir investigando en este campo, para poder aplicar la teoría y seguir avanzando en la mejora y la profesionalización de este servicio en el ámbito de la salud.

b) Los intérpretes:

Del cuestionario distribuido al grupo de los intérpretes, recibimos, tal y como se ha mencionado previamente, 11 respuestas. Se trata de una cifra bastante representativa para ilustrar la realidad del proyecto si tenemos en cuenta que la plantilla fija de los intérpretes de Salud Entre Culturas la conforman 15 intérpretes.

El cuestionario que confeccionamos puede dividirse en tres grandes partes: la primera, en la que se conoce el perfil personal del mediador intérprete; la segunda,

donde se analiza su perfil profesional, con información lingüística, de formación, económica y laboral y de su punto de vista crítico acerca de la propia figura del mediador e intérprete; y una tercera parte en la que se trata el trabajo y los diferentes criterios de actuación en la consulta.

b.1) Perfil personal: *⁵⁸

Edad:

- Media = 31
- Mediana* = 26
- Moda* = 25, 26

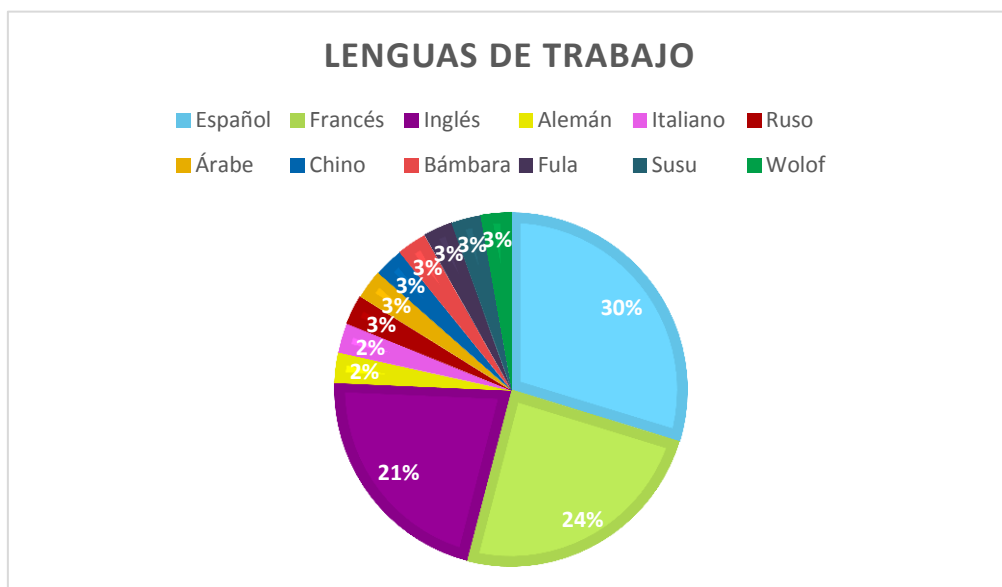
Sexo:

- Mujeres: 82%
- Hombres: 18%

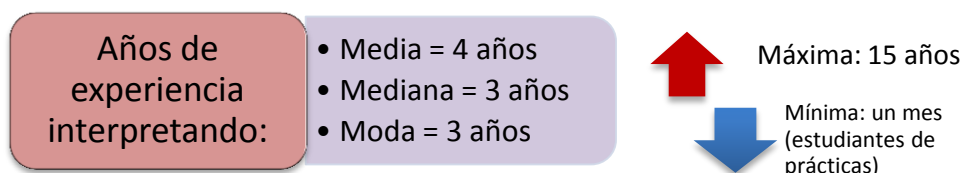
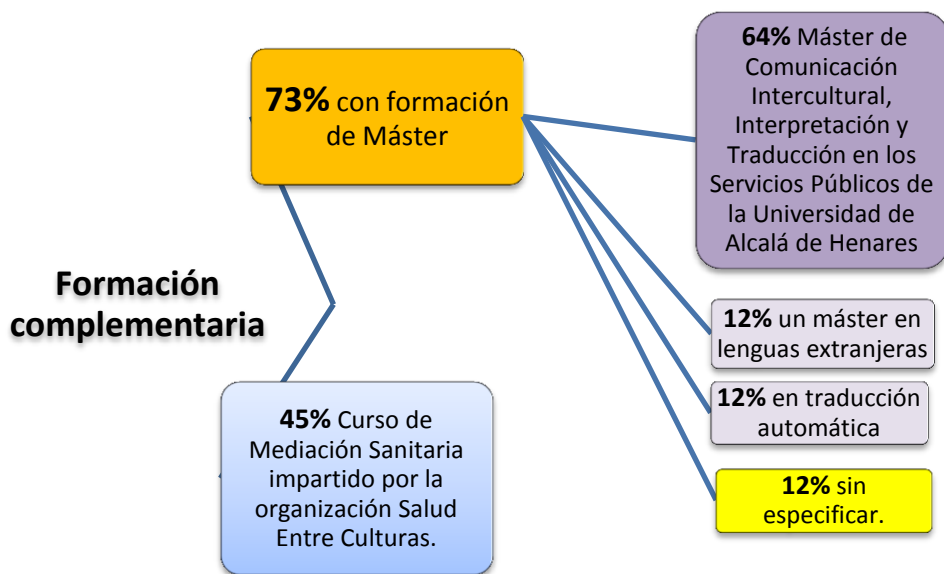
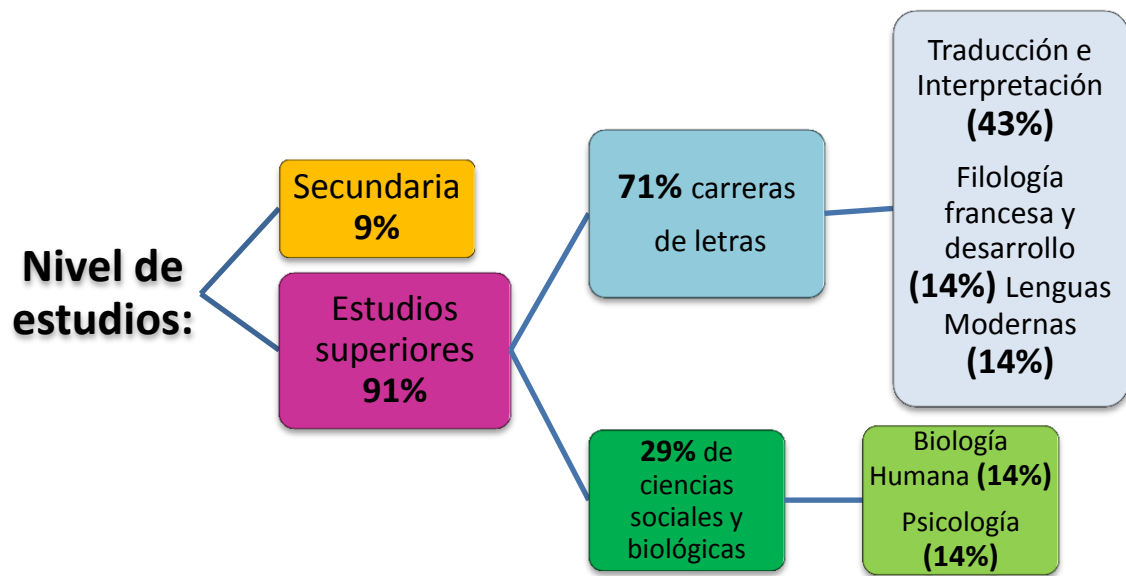
Nacionalidades:

- Española; alemana; luxemburguesa; rusa; libanesa; china; guineana; senegalesa.

b.2) Perfil profesional:



⁵⁸ Mediana: valor que ocupa el lugar central de todos los datos cuando éstos están ordenados de menor a mayor.
Moda: valor que tiene mayor frecuencia absoluta.



A raíz de los datos hasta aquí incluidos, observamos que el abanico de nacionalidades y lenguas es bastante amplio. Éste, por su parte, responde a la demanda del perfil de pacientes extranjeros que recibe el Hospital Ramón y Cajal. Es precisamente por esta razón por la que Salud Entre Culturas cuenta con dos intérpretes de origen subsahariano que cubren las necesidades de interpretación de las lenguas minoritarias africanas como son el bámbara, el fula, el susu y el wolof.

Esta pluralidad de nacionalidades y lenguas la podemos además relacionar con el resultado del cuestionario de los médicos que apuntaba con un 12% un escaso dominio del español, puesto que, al tratarse muchos de ellos de extranjeros, puede que alcancen los objetivos de lenguas extranjeras, pero que algunos no tengan un perfecto dominio del español. Nuestros resultados están en consonancia con lo que *El Libro blanco de la traducción y la interpretación institucional* (2011) afirma al respecto del papel predominante de la nacionalidad, sobre todo en la salud.

En lo que respecta a la formación, si bien es cierto que hay una mayoría de estudios superiores lingüísticos, la Traducción y la Interpretación representa un 43% de ese conjunto de letras y un 27% del total de formación. El resto de intérpretes con otras formaciones superiores han completado su perfil con el máster de la Universidad de Alcalá de Henares y/o con cursos de formación específicos de interpretación y mediación sanitaria.

En este sentido, haciendo un cruce de datos, la formación secundaria le corresponde a uno de los intérpretes del África Subsahariana, lo que explica que a veces tenga más peso el perfil lingüístico que el académico.

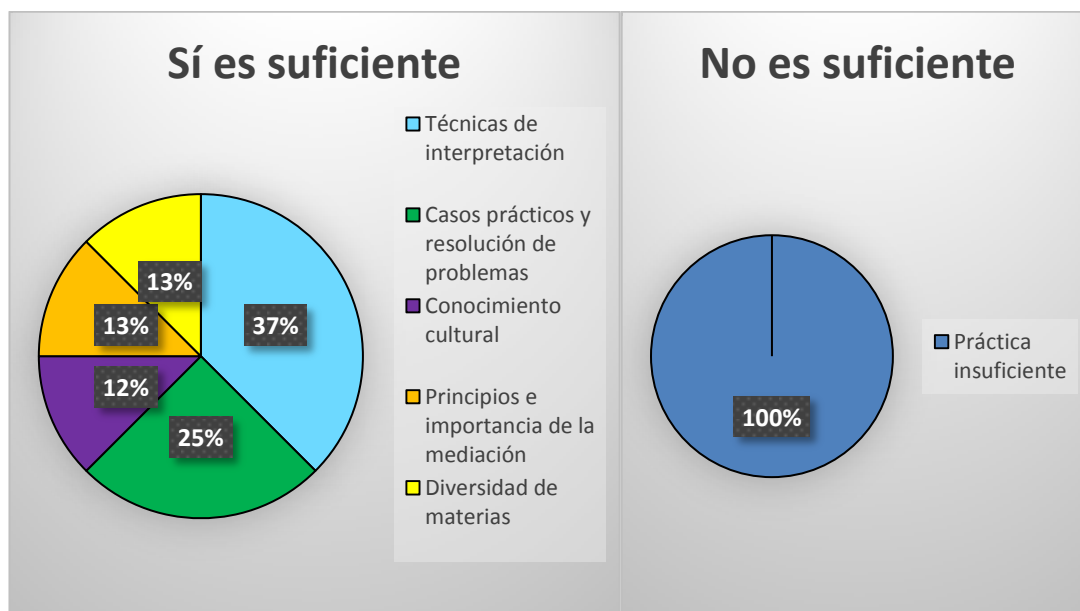
Indagando más en el plano de la formación, se les pregunta a los intérpretes si consideran que la formación que han recibido es suficiente para desempeñar su trabajo, a lo que un 64% responde que sí y un 36% que no.

Concretamente, en el grupo del «sí» encontramos perfiles de formación dispares, desde la educación secundaria, hasta la carrera de Traducción e Interpretación. Un aspecto en común en 71% de los casos que consideran que la formación es suficiente, es que han recibido la formación del curso para mediadores-intérpretes ofrecido por la organización. Si se tiene en cuenta la media de años de experiencia de este grupo, contamos 5 años de media y una moda, o el valor de años experiencia más frecuente, de

3, es decir, una experiencia media ligeramente más elevada que los que hemos incluido del grupo en su conjunto.

El grupo del no, por su parte, presenta una característica común: todos los intérpretes han cursado o están terminando el Máster de Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá de Henares. La media de años de experiencia de este grupo se sitúa en torno a los 3 años y una moda de un mes; valores inferiores que los de todo el conjunto.

Las razones alegadas por cada uno de los grupos a la hora de decantarse por el sí o por el no, son:



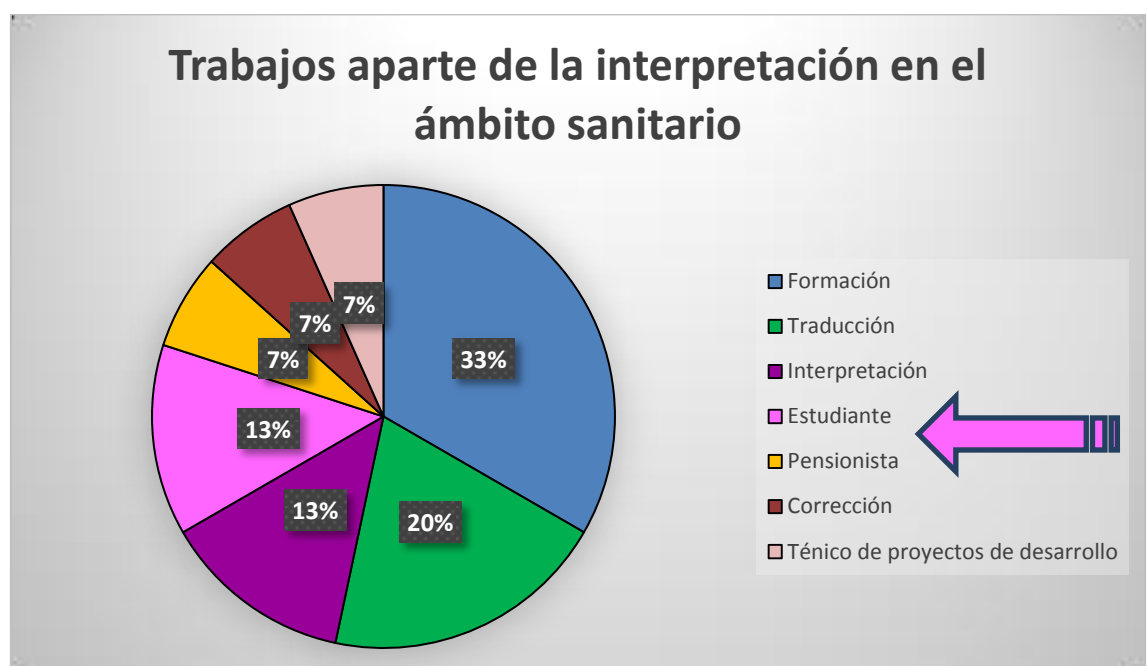
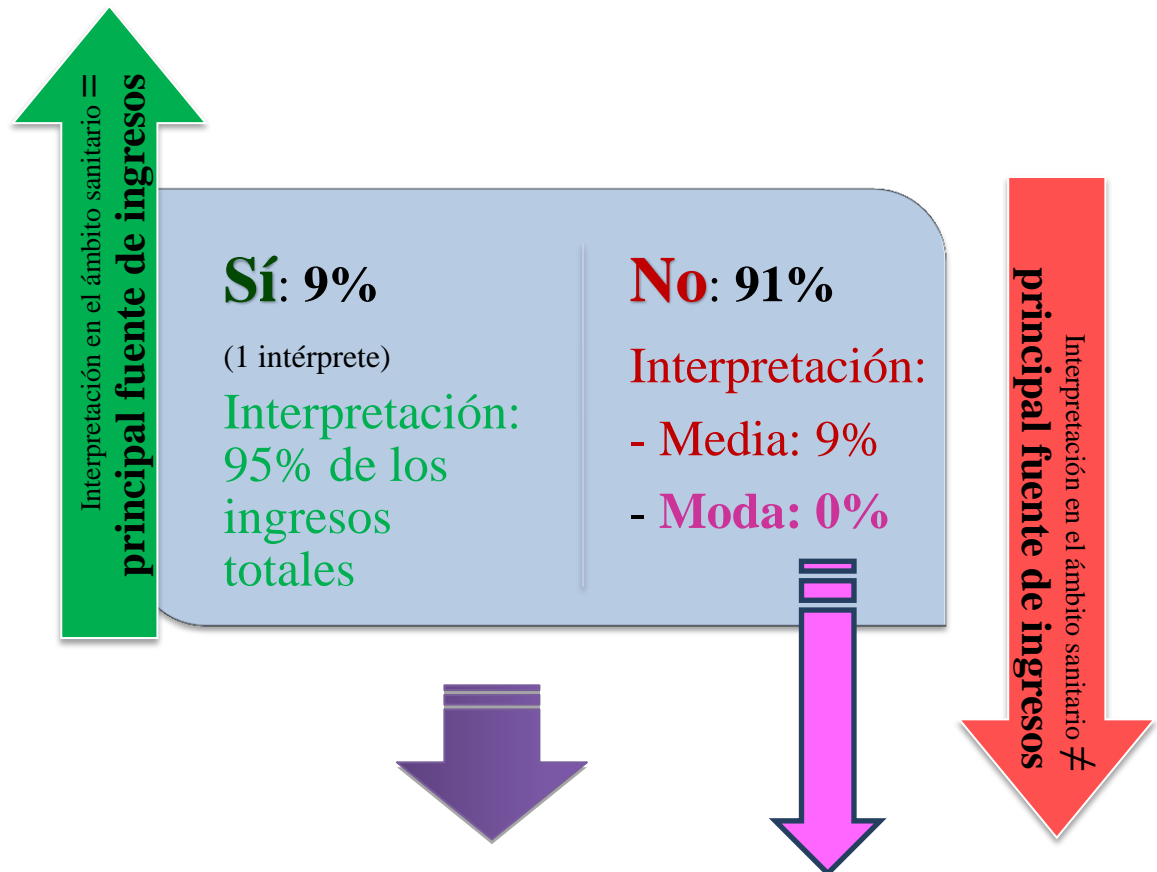
Vista la experiencia media de los intérpretes del grupo que confirman que la formación no es suficiente, y teniendo en cuenta que la razón en la que se apoyan para decantarse por el «no» es la falta de práctica, entendemos que se trata de un inconveniente que el aumento de la experiencia puede contrarrestar.

Asimismo, resulta interesante ver que todos los que han cursado o estén cursando el Máster de Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá de Henares nieguen contar con una formación suficiente para interpretar, precisamente, en los servicios públicos.

Por otro lado, una de las explicaciones a favor de la formación, ha sido, al contrario de lo que alegan en el grupo del no, la posibilidad de trabajar casos prácticos.

No cabe duda de que hay una fuerte presencia de criterios subjetivos y que los resultados varían en función del contexto inmediato y de las necesidades de cada uno de los intérpretes.

Pasemos ahora al terreno económico y laboral:



El porcentaje mayoritario que supone la interpretación específica de este proyecto es, claramente, muy reducido.

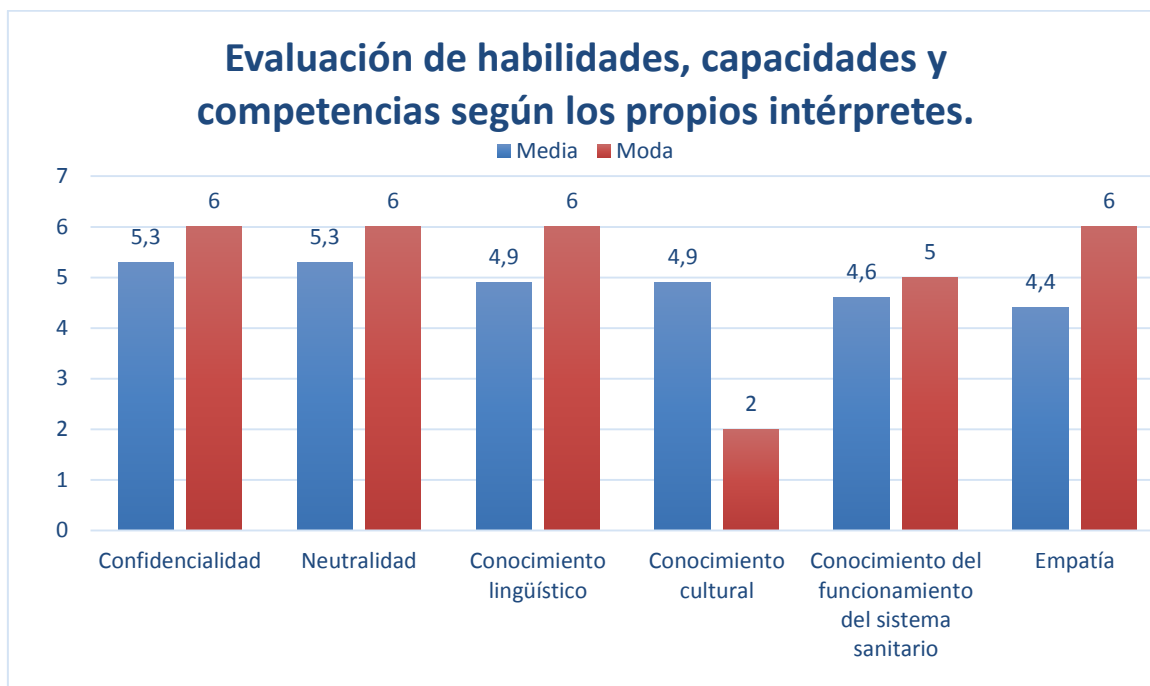
Entre los porcentajes más bajos, la moda de 0% del segundo grupo hay que aclarar que se debe a la presencia de las dos estudiantes de prácticas y del intérprete guineano, que es pensionista y, por tanto, colabora con la asociación de manera altruista.

La escasa remuneración apunta a lo que recordábamos que Sales Salvador (2006) y Jiménez Salcedo (2010) criticaban acerca de la ISP en España, haciendo alusión a un trabajo no profesionalizado y mal remunerado.

Para poder complementar estos ingresos, la gran mayoría de intérpretes tiene otros puestos de trabajo, de los cuales, tal y como el gráfico representa, destacan los dedicados a la educación con un 33% de los casos, concretamente a la formación de idiomas excepto un caso de educación para la salud; un 27% que se dedica a la traducción y un 18% a otros tipos de interpretación. El resto de ocupaciones figuran como casos aislados.

Estos resultados nos conducen al punto de vista de los intérpretes acerca de su reconocimiento económico y social. Todos niegan gozar de este reconocimiento salvo un caso que considera que sí que lo tienen.

Concluimos el perfil profesional con las consideraciones de los intérpretes acerca de diferentes tipos de competencias.



Para evaluar el punto de vista de los intérpretes respecto a su perfil profesional, incluimos en una de las preguntas del cuestionario una serie de características que los intérpretes debían evaluar en una escala del 0-6. Estas características las podríamos dividir en: conocimientos transversales (confidencialidad, neutralidad y empatía), y en conocimientos específicos (conocimiento lingüístico, cultural y del sistema sanitario del par de culturas implicadas).

Según los resultados de nuestra encuesta, la confidencialidad y la neutralidad son los aspectos más valorados por el grupo de intérpretes y por tanto, tienen la media más elevada. En contraposición, el estudio de Blignault et al. (2009), del que ya hicimos mención, sitúa la neutralidad en la última posición.

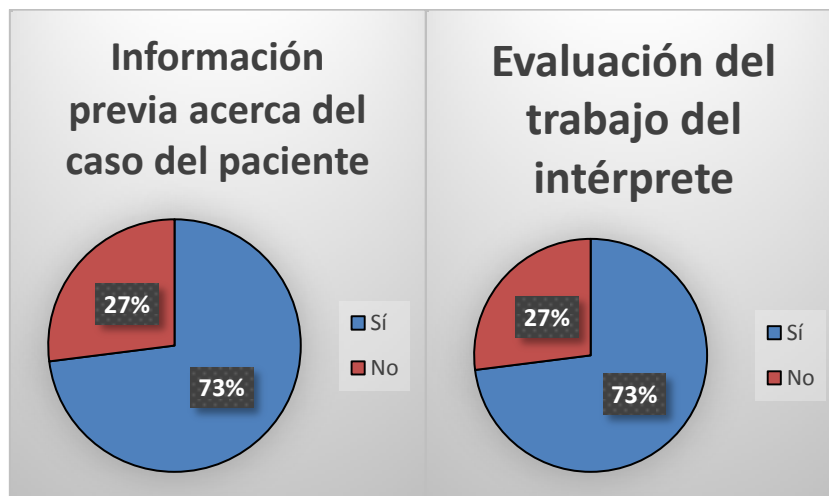
El conocimiento cultural, pese a no tener la media más baja en términos de valoración, sí que ha mostrado más disparidad de resultados y ha obtenido diversas evaluaciones de escasa importancia, tal y como muestra su moda de 2. De hecho, el bagaje cultural también suscita el debate en el campo teórico. Recordemos que algunos autores (Leanza et al., 2014), alertaban acerca del peligro de este tipo de información debido al riesgo de recurrir a ella de forma prescriptiva. Por el contrario, los estudios de otros autores (Gil-Barjadí et al., 2011; Bestué et al., 2011), demuestran la consideración que merece el conocimiento cultural.

La empatía se ha juzgado como la menos importante en el perfil del intérprete. Sin embargo, la moda de 6 apunta a que, aunque tenga la puntuación más baja, destaca en frecuencia una valoración alta de esta competencia. Precisamente, esta controversia está presente más allá de nuestros resultados, puesto que, mientras que autores como Guerrero Romera (2010) creen en la empatía como competencia exigible al mediador, el código ético de ONG como COMRADE o SETI pone en tela de juicio cuan pertinente puede ser la empatía, aludiendo a una posible identificación del intérprete con el médico o el paciente, lo que, como consecuencia, podría afectar negativamente a la interpretación. De hecho, el alcance de este tipo de identificación se analizará posteriormente.

b.3) Trabajo en la consulta:

De este trabajo del intérprete mediador en la consulta médica vamos a efectuar un análisis de cinco grandes bloques de información:

- gestión del trabajo del intérprete mediador (información previa del paciente y evaluación del trabajo del intérprete);
- criterios de actuación y técnicas empleadas (explicación previa a la consulta del trabajo del intérprete mediador, omisión, cambio y resumen de información del mensaje interpretado, empleo de la primera o la tercera persona en el discurso y disparidad de tareas a ejecutar por el intérprete mediador);
- análisis del paciente y del médico (su conocimiento de la figura y el trabajo del intérprete mediador en el ámbito sanitario y su conocimiento de la dinámica de trabajo en la consulta con el intérprete);
- posibles obstáculos a los que se enfrenta el intérprete (identificación con alguna de las partes implicadas o posibles peticiones del paciente que puedan no tener relación con el trabajo del intérprete mediador);
- resumen de las medidas de mejora del servicio propuestas por los intérpretes encuestados.

Gestión del trabajo del intérprete mediador:

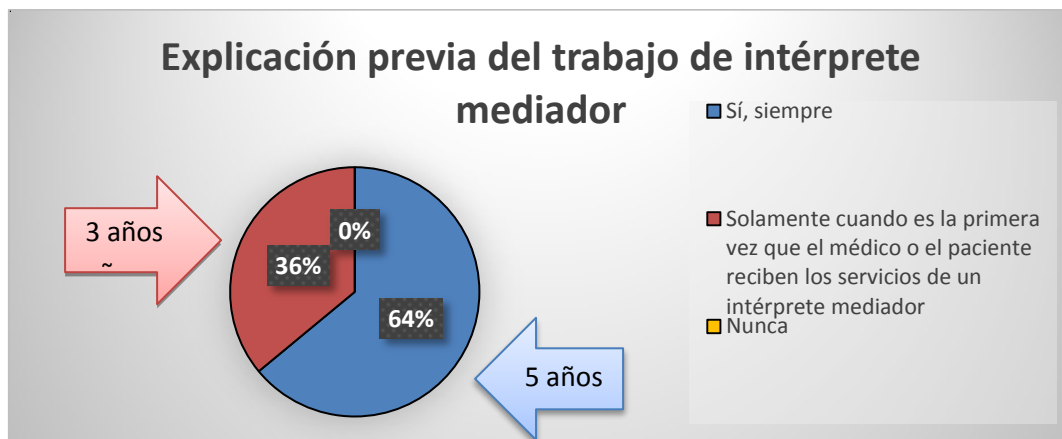
A pesar de trabajar para la misma organización, no hay un consenso establecido en ciertas condiciones en las que se desarrolla el trabajo del intérprete. Como puede verse, el porcentaje de intérpretes que responde negativamente a ambas preguntas es el mismo, un 27% de los encuestados. Es importante aclarar que no se trata de los mismos sujetos en los dos grupos de respuestas.

Por lo que conocemos del procedimiento de la organización, los intérpretes tienen una hoja de registro cuya parte final incluye una evaluación breve a rellenar por el paciente y por el médico en la que tienen que decidir si la interpretación ha sido: «muy buena; buena; regular; mala; muy mala» o bien, «muy útil, medianamente útil, poco útil».⁵⁹ De hecho, cuando los que respondieron que sí eran evaluados, el 75% mencionaba la hoja de registro porque el 25% restante eran las alumnas de prácticas que recibían una evaluación de su tutora responsable.

Por lo limitado de esta evaluación, quizás los que han contestado que no consideren que no se suficientemente completa y objetiva como para que los intérpretes puedan conocer realmente si están cumpliendo su objetivos.

Esta explicación podría servir para entender los resultados acerca de la información previa del paciente. Sin embargo, como no se conoce la causa de esta división de opiniones, lo dejaremos entre interrogantes.

⁵⁹ Ver anexo: *Hoja de registro*

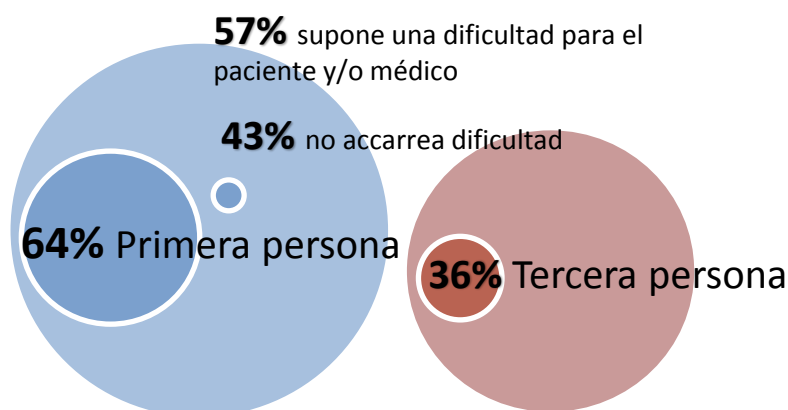
Criterios de actuación y técnicas empleadas:

Si recuperamos las respuestas de los médicos, comprobamos que el porcentaje de respuestas que afirmaban que el intérprete se presentaba y explicaba al médico la dinámica de trabajo con él en la consulta fue de un 59%, cifra que se acerca bastante a el porcentaje positivo de los intérpretes respecto al mismo modo de proceder. El segundo porcentaje, pese a ser positivo, está sujeto a unas condiciones.

Los resultados ilustran, por otro lado, que el criterio entre los intérpretes no es completamente diferente, puesto que la opción negativa no obtuvo ningún resultado.

Indagando más en estos resultados, hemos observado que la experiencia media de aquellos que siempre explican su modo de proceder es de unos 5 años. Por el contrario, los que sólo lo explican bajo las circunstancias mencionadas cuentan con una experiencia media de unos 3 años.

Aunque no esté prestablecido un modo concreto de proceder, quizás aquellos que ya cuentan con más experiencia hayan determinado que, sea o no la primera vez del paciente o del médico con un intérprete, pueda resultar más práctico explicar cómo el intérprete va a trabajar, o quieran evitar posibles conflictos o malentendidos.



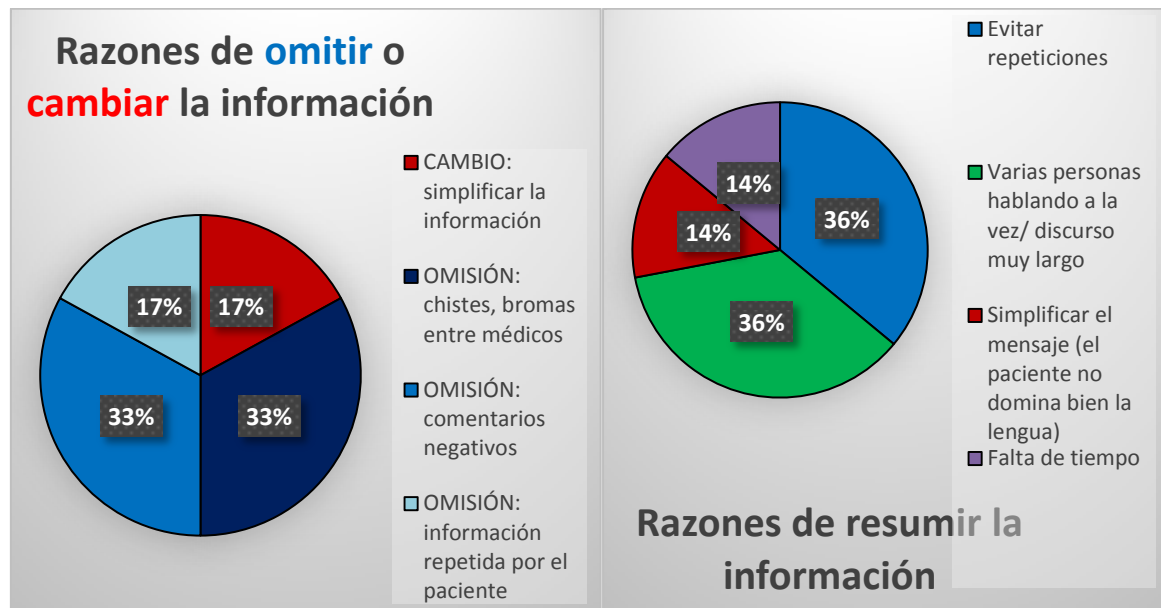
Esta es una de las preguntas que dan lugar a mayor controversia, tanto en la teoría, como en la práctica. No obstante, tanto la explicación previa de su trabajo, como el empleo de la primera persona, son dos procedimientos que al intérprete se le recomienda hacer en el volumen del *Curso de Mediación intercultural en el ámbito de la salud* que, tal y como hemos visto en el apartado de la formación, han completado la mayoría de intérpretes de Salud Entre Culturas. La razón fundamental del empleo de la primera persona es el crear una comunicación directa entre el médico y el paciente. La tercera persona obliga al intérprete a cambiar constantemente todos los tiempos verbales para crear el estilo indirecto.

Como podemos ver en la ilustración, el porcentaje que afirma emplear la primera persona en la interpretación es mayor. Dentro de este grupo, a su vez, hay más intérpretes que afirman que el uso de la primera persona supone una dificultad añadida.

Si recuperamos los datos del empleo de la primera y la tercera persona según la opinión de los médicos, los porcentajes coinciden con un margen de error bastante reducido: 35% era el porcentaje correspondiente al uso de la tercera persona y 43% al de la primera.

Respecto al empleo de la tercera persona, cabría añadir que esta decisión le corresponde a los intérpretes del África Subsahariana, del Líbano y de China.





Otra de las dificultades del intérprete es la de tomar una decisión acerca de lo pertinente de cambiar, omitir o resumir información de los mensajes a interpretar. Según los porcentajes de respuesta, la opción más recurrida es el resumen de información, seguido de la omisión y, con menor frecuencia, el cambio de información.

En lo que respecta a las justificaciones, con un porcentaje similar de respuesta los intérpretes aluden al resumen y omisión de información para evitar repeticiones en el mensaje. Con cifras igualmente similares argumentan el hecho de cambiar o resumir la información para simplificar el mensaje y hacerlo más accesible. La falta de tiempo y los diálogos demasiado largos o complejos también han provocado que el intérprete resumiera la información. La omisión, por su parte, se justifica mayoritariamente como técnica para evitar posibles conflictos, tanto cuando se hacen comentarios negativos, como cuando los médicos hacen entre ellos bromas y comentarios chistosos.

Como nexo de unión y aspecto positivo de todas las razones propuestas, subrayamos que ninguna de ellas es fruto de una falta de profesionalización del intérprete, es decir, no se ha cambiado, omitido o resumido información por causas de incomprensión, olvido o carencia en la expresión del mensaje. Al contrario, todas las decisiones justificadas tenían como objetivo favorecer la comunicación entre el médico y el paciente.

Además, no hay que olvidar la diferencia entre el cambio y omisión de información, cuando es fruto de una decisión razonada del intérprete, y cuando estas

modificaciones persiguen un propósito del paciente, lo que constituye un obstáculo sacado a la luz por los intérpretes de nuestra encuesta y comentado más adelante.

Estos resultados no pueden más que confirmar la visibilidad del intérprete. Tal y como pudo mostrarse en las reflexiones teóricas, se trata de un tema en torno al cual se genera controversia. La interpretación en la consulta médica no puede entenderse como una actividad interpretativa aislada, sino enmarcada en un contexto institucional, social e interaccional. Esta interacción presente en el diálogo que Pöchhacker nos explica bajo el término «*dialogic discourse-based interaction (DI)*» (Pöchhacker 2004:79) es, precisamente, la que determina la actuación del intérprete para evitar, tal y como revelan los resultados, entre otras razones, posibles conflictos.



Los resultados confirman que todas las tareas incluidas en la pregunta las lleva a cabo el intérprete con bastante frecuencia, puesto que, teniendo en cuenta los porcentajes, el mínimo ya representa más de la mitad de las respuestas recopiladas.

Previamente se hizo mención del Proyecto Alcántara y de su estudio acerca de las características de las personas inmigradas. En este estudio se deducía que el desconocimiento de los servicios públicos era uno de los principales obstáculos a los que los inmigrantes se enfrentaban. En nuestro caso se confirman los datos, ya que un

elevado porcentaje de intérpretes (73%) ha confirmado haber tenido que explicar el funcionamiento de uno de nuestros servicios públicos, concretamente el sistema sanitario español.

Conocimos asimismo el punto de vista de Salud Entre Culturas sobre las diferentes competencias del intérprete cuando hacíamos mención de la siguiente cita: «*Los mediadores pueden realizar diferentes labores dependiendo del lugar en el que estén trabajando*» y que, no cabe duda, está en consonancia con lo que los intérpretes encuestados han respondido.

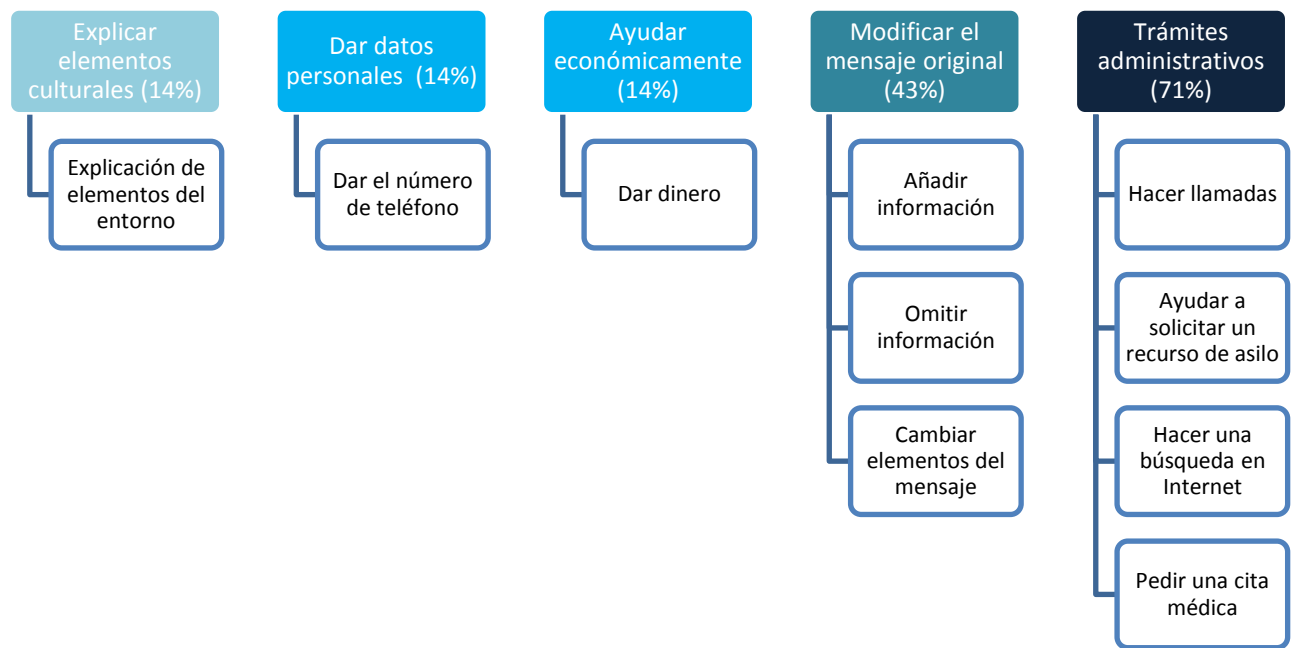
Con la consecución de todas estas tareas por parte del intérprete estamos confirmando las diferentes clases de intérpretes que Cortés (2009), Leanza (2005), Avery (2001), Kaufert et al. (2009) consideraban, más allá de lo que ellos entendían como un intérprete «conducto, neutral», es decir, el que se limitaba a transmitir el mensaje fielmente. Estos tipos de intérpretes eran: el intérprete *clarificador*, el *agente cultural* y el intérprete *defensor*.

Ahora bien, vistos los diferentes posicionamientos de los autores, ¿qué piensan los propios intérpretes al respecto? ¿Dónde sitúan éstos el límite de sus labores? Eso es lo que, precisamente, descubrimos en el siguiente apartado en el que se analizan los obstáculos a los que se enfrenta el intérprete y donde se aborda el problema de posibles peticiones de los pacientes que, sin embargo, no son competencia del intérprete mediador.

Obstáculos de la interpretación:

Empezamos esta sección con el problema que venimos de comentar. 64% de los intérpretes confirmó haber recibido peticiones del paciente que, bajo su punto de vista, no eran responsabilidades que debían asumir como intérpretes. Del 36% restante que no han tenido esa experiencia, la mitad lo conforman las estudiantes de prácticas, lo que añade más peso a la opción contraria.

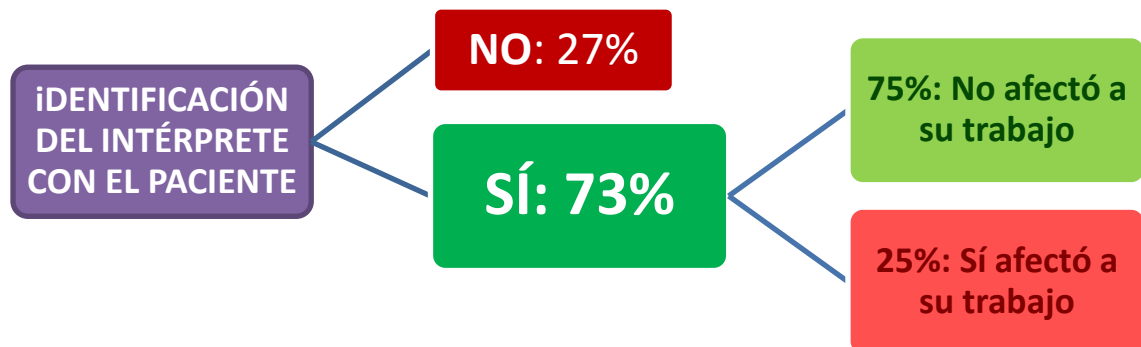
De todas las respuestas recopiladas podríamos establecer los siguientes grupos:



Las peticiones más frecuentes tienen que ver con la transformación del mensaje transmitido por el intérprete y con funciones de tipo administrativo que tendrían que ser competencia de un agente social. Ambas son el claro resultado de un desconocimiento del paciente acerca del papel del intérprete en el campo de la salud, un dato que podremos confirmar en el siguiente de los apartados.

Algunas de las opciones incluidas, como la explicación de elementos culturales o la concertación de citas, ya vimos que autores como Bestué et al. (2011) o *El Libro blanco de la traducción y la interpretación institucional* consideraban que sí eran responsabilidad del intérprete.

Dejando de lado las exigencias y los límites del intérprete mediador, abordamos otra gran dificultad ante la que puede enfrentarse el intérprete y por la cual puede verse afectada la calidad de la interpretación: la identificación con el paciente.



Los porcentajes obtenidos confirman que hay una amplia mayoría de intérpretes que en alguna ocasión se sienten identificados con el paciente. No obstante, tan sólo el 25% de este grupo confirma que esta sensación afecta el resultado de su trabajo.

Un dato interesante a añadir es el que corresponde a la experiencia media. Aquellos intérpretes que asumen haber visto afectado su trabajo a causa de sentirse identificados con el paciente reúnen una experiencia media de aproximadamente un año. La experiencia media del 75% que no cree haber afectado la calidad de su trabajo se sitúa en unos 7 años.

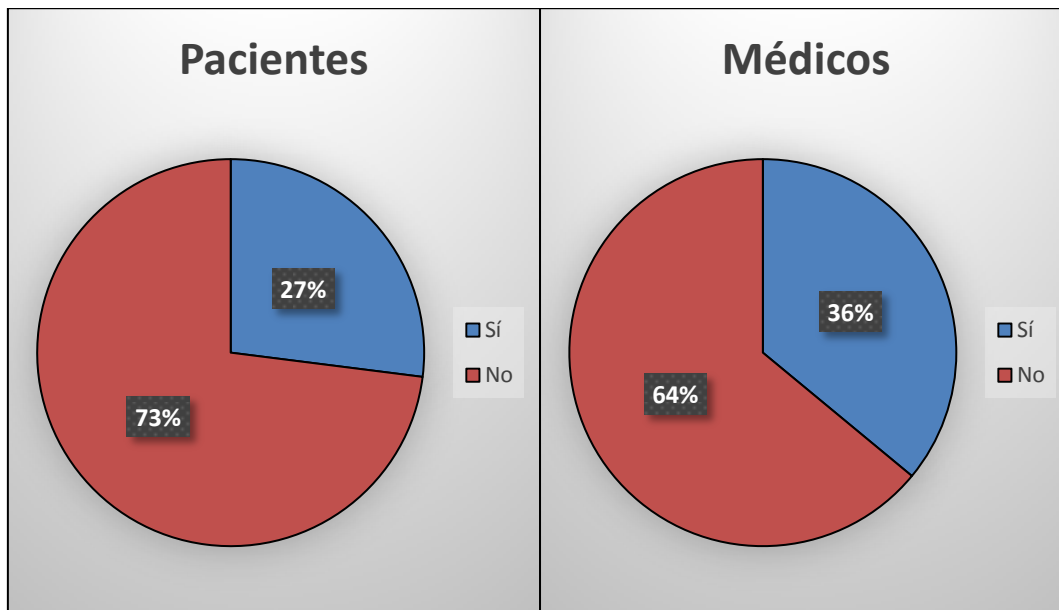
A tenor de lo expuesto, recuperamos la postura de Carmen Valero. Según la autora, el intérprete no debería ponerse en el lugar del paciente, puesto que supondría una dificultad añadida. Sin embargo, al hilo de los resultados, nos atreveríamos a decir que esta identificación no tiene por qué suponer siempre un problema, siempre y cuando el intérprete cuente con la experiencia y las herramientas necesarias para poder lidiar con ello.

Análisis del paciente y del médico:

Hemos conocido la realidad de los intérpretes. Nos queda por incluir algunos detalles acerca de los médicos y pacientes desde el punto de vista de los intérpretes.

:

CONOCIMIENTO DE LA PROFESIÓN DEL INTÉRPRETE MEDIADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO:

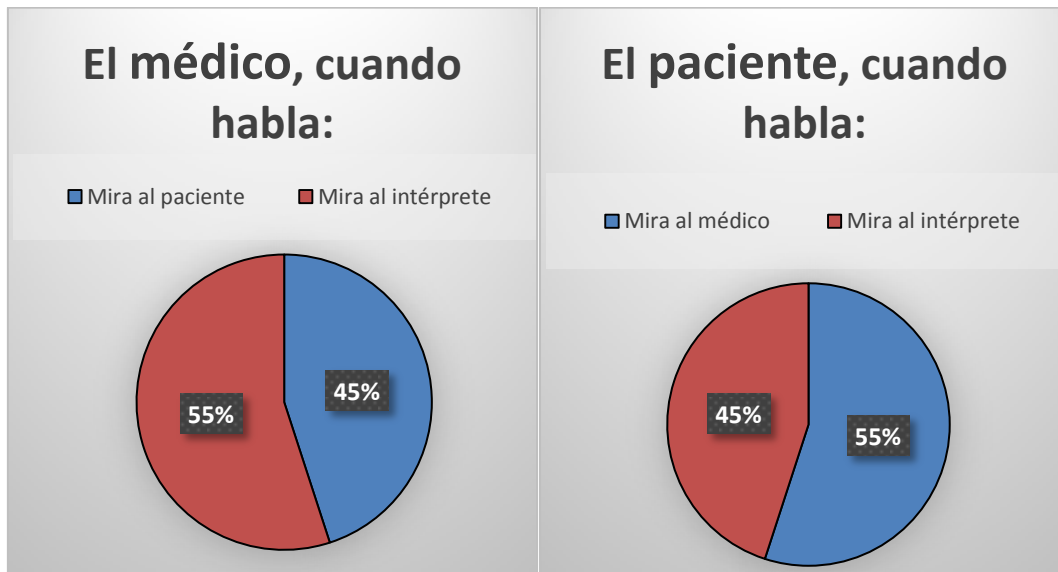


En ambos casos, según la opinión de la gran mayoría, ni los pacientes ni los médicos conocen la labor del intérprete-mediador en el ámbito de la salud, habiendo una ligera diferencia a favor del porcentaje de médicos que conocen la profesión.

Visto el resultado de esta pregunta, podemos relacionar este amplio desconocimiento del paciente, según la opinión de los intérpretes, con la lista de peticiones que traspasaban los límites de la responsabilidad del intérprete mediador. Podemos entender, además, la postura mayoritaria de los intérpretes a la hora de afrontar el trabajo en la consulta, pues la gran parte de los intérpretes se decantaban por explicar siempre cómo iban a trabajar.

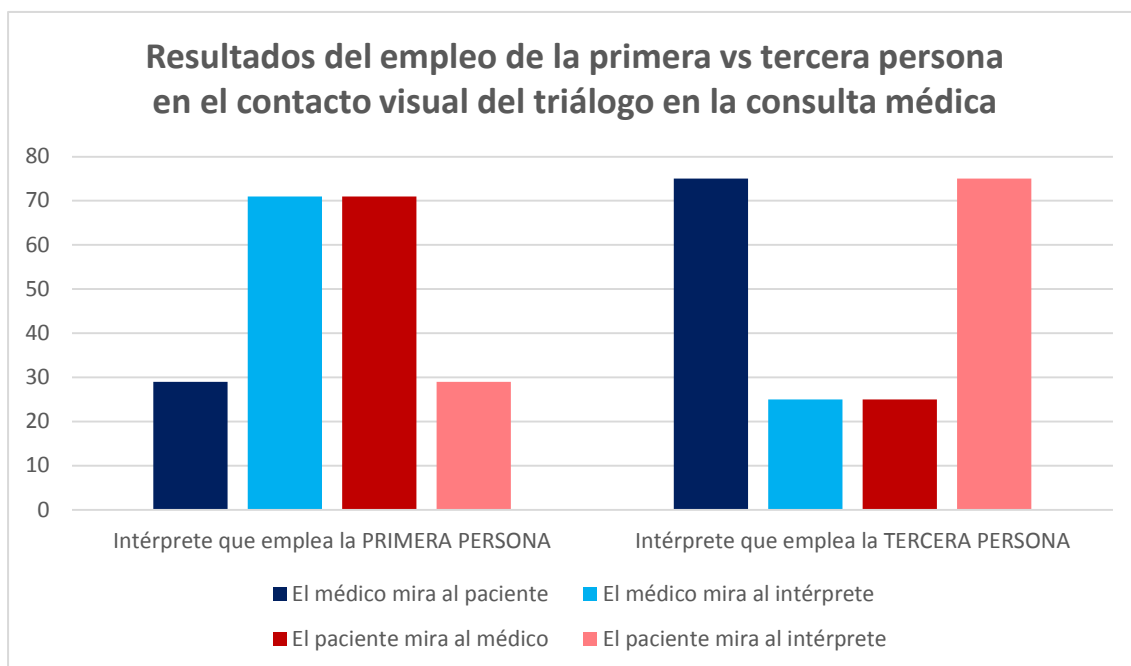
Vamos a pasar al contacto visual que, bajo el punto de vista de los intérpretes, se establece en el triálogo de la consulta médica:

Cuando el médico/ paciente habla: le mira al paciente/ al intérprete.



Contrastando los datos respecto al médico y al paciente, el porcentaje de los que miran al intérprete resulta ser mayor en los médicos. Los pacientes, al parecer, miran más al médico cuando hablan que al intérprete. Sin embargo, no hay una gran desproporción de resultados en ninguno de los casos.

Intentando establecer una posible relación entre el uso de la primera o la tercera persona y el contacto visual que establecen el médico y el paciente en la comunicación



de la consulta, el cruce de resultados ha dado lugar a lo siguiente:

¿Podría esto significar, que el uso de la primera persona por el intérprete favorece que el paciente establezca un contacto visual con el médico, pero que, por el contrario, se lograra el mismo resultado en los médicos con el empleo de la tercera persona? Dado el reducido tamaño de la muestra, no es posible extrapolar este tipo de resultados ni confirmar ninguna hipótesis. Sin embargo, sería interesante estudiar más a fondo los resultados del empleo de cada una de las personas en el discurso en la reacción de las personas implicadas en la comunicación.

Medidas propuestas por los intérpretes para mejorar la calidad del servicio de interpretación en el sector sanitario:

Del total de respuestas recopiladas, podemos establecer tres grandes grupos de medidas: la ampliación del servicio, el reconocimiento oficial de la profesión del intérprete mediador en el ámbito sociosanitario y un tercer grupo que hace referencia a la sensibilización y a la formación.

Para ampliar el servicio de interpretación los intérpretes han propuesto aumentar los recursos, incluir la interpretación profesional en los hospitales que acogen una

mayor afluencia de inmigrantes y conseguir que sea un servicio más accesible para que los pacientes lo conozcan y se puedan beneficiar de ello.

Para alcanzar un reconocimiento oficial de la profesión se ha hecho alusión a la creación de un marco legal y de un registro oficial en un organismo público. También se ha propuesto regular la situación de la profesión y luchar contra el intrusismo profesional contratando únicamente a intérpretes con la formación adecuada para poder ofrecer un servicio de calidad.

En lo que se refiere a la sensibilización y a la formación, los intérpretes subrayan la importancia de trabajar con ambos grupos, médicos y pacientes. Los pacientes entenderían así el funcionamiento de la interpretación y el papel del intérprete mediador. Esta formación concienciaría también a los médicos, que aprenderían a trabajar con el intérprete en su consulta. La sensibilización trabajada con ambos grupos mejoraría la dinámica y la comunicación entre las partes implicadas en la consulta médica.

c) Los pacientes:

La última pieza del puzzle la constituyen los pacientes que se han beneficiado del servicio de interpretación de Salud Entre Culturas y que han respondido a nuestra encuesta.

En este caso, el cuestionario podríamos dividirlo en dos grandes apartados. El primero nos proporcionará información acerca del perfil personal del paciente, incluyendo edad y género, origen cultural y lingüístico, formación y empleo y periplo migratorio. La segunda parte nos informa acerca de las preferencias de los pacientes respecto al perfil del intérprete y de su experiencia y valoración del servicio de interpretación.

c.1) Perfil personal:**Edad:**

- Edad media = 32 años

Sexo:

- **Mujeres: 24%**
 - 100% del conjunto de hablantes de chino
 - 50% del total de hablantes de ruso
 - 9% del total de subsaharianos francófonos
 - 0% en el conjunto de subsaharianos anglófonos
- **Hombres: 76%**



Estos primeros datos nos muestran un cuadro general del perfil de los pacientes asistidos y que respondieron a nuestra encuesta.

En primer lugar, sobresale el reducido porcentaje de mujeres inmigrantes entre los pacientes. A tenor de la inmigración femenina, Villardell Canal (2009) pone de manifiesto las dificultades con las que cuentan las mujeres en el acceso al sistema sanitario entre las que cabría destacar la precariedad laboral con jornadas de más de ocho horas y sin demasiadas garantías de continuidad. Estas condiciones se traducen en un miedo de estas mujeres a solicitar bajas laborales que podrían suponer una pérdida de su puesto de trabajo.

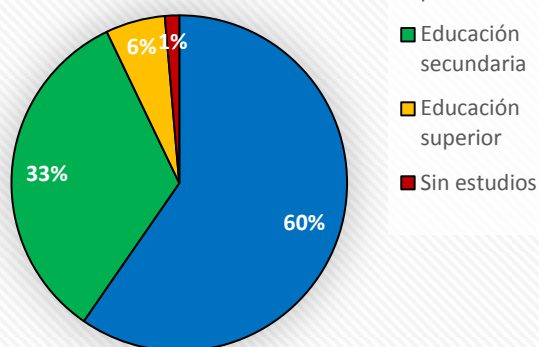
Como segundo punto a destacar, los porcentajes de las nacionalidades esclarecen un fuerte peso de pacientes del África subsahariana y, sobre todo, de la parte francófona, lo que explica el elevado porcentaje de francés entre las lenguas de trabajo de los intérpretes.

A la luz de los resultados del Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2015, sin embargo, del total de 810823 inmigrantes registrados en la Comunidad de Madrid, 27910 es la cifra registrada de la comunidad de inmigrantes de origen subsahariano, lo que supone solamente un 3,44% de las cifras totales de la comunidad.⁶⁰

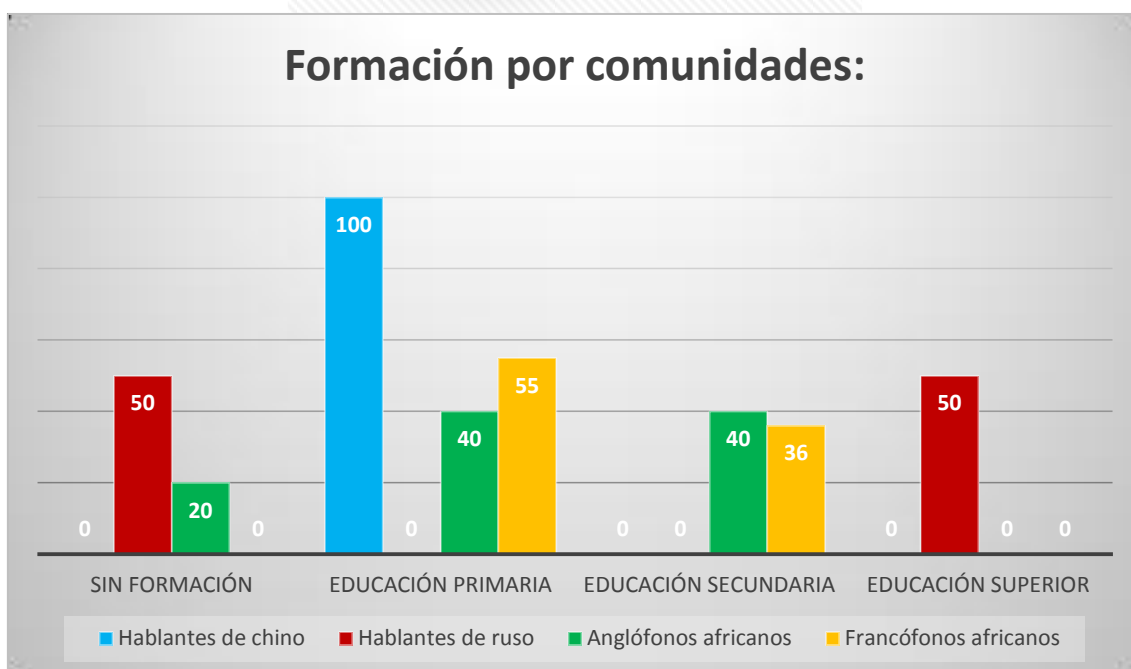
Por último, para facilitar el proceso de análisis, hemos agrupado las nacionalidades en comunidades lingüísticas, de lo que se derivan los cuatro grupos que aparecen en la última gráfica.

⁶⁰ <http://www.ine.es/>, consultado en abril de 2015.

Formación de los pacientes



Formación por comunidades:



PROFESIÓN

• 34% de respuestas contestadas

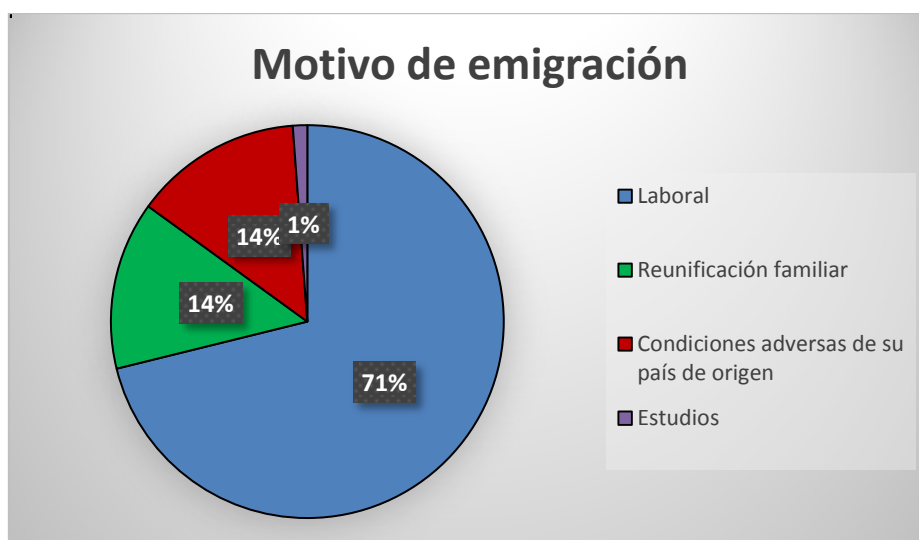
(34% contestado)

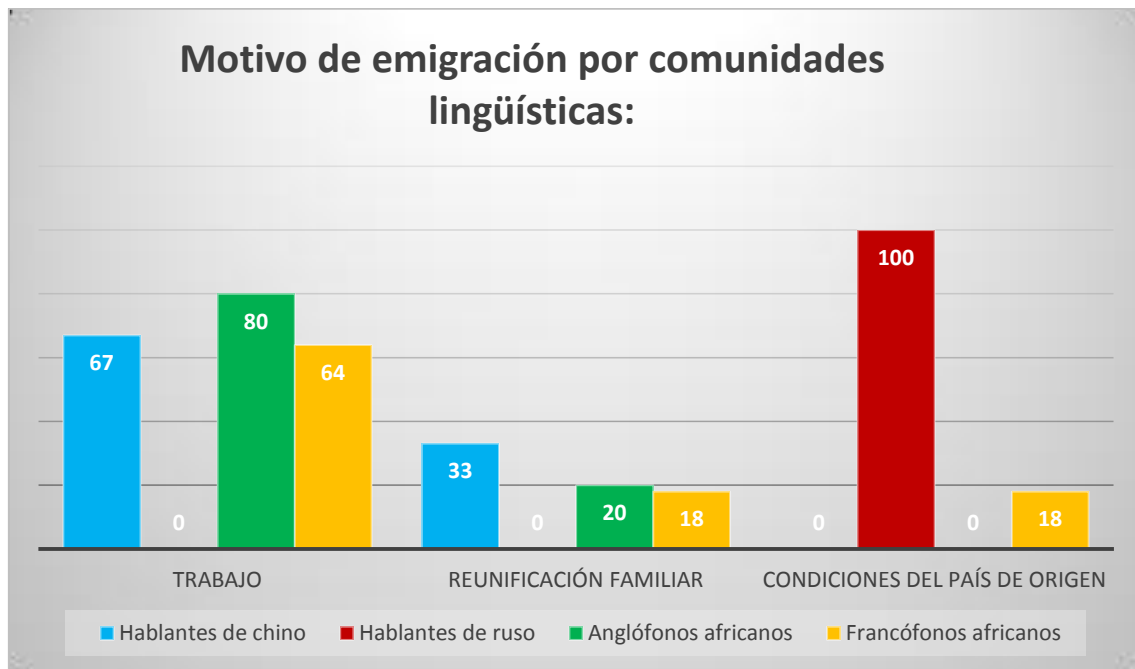
- 83%: comercio (comunidad china)
- 17%: ingeniería (hablantes de ruso)

Teniendo en cuenta los porcentajes generales de formación, destaca con una gran diferencia de porcentaje respecto al resto, la educación primaria, seguido, con un 27% menos, de la educación secundaria. Esto nos dibuja el perfil predominante de los pacientes encuestados.

En los datos de formación por comunidades lingüísticas, si establecemos una escala de valores del 0-3 en función del tipo de formación, la mayor puntuación correspondería a la comunidad francófona africana (165 puntos), seguido de los hablantes de ruso (150), en tercer lugar los anglófonos africanos (120) y los hablantes de chino en último lugar (100).

En cuanto a la profesión, un 66% de los encuestados no especificaron el puesto de trabajo. Entendemos que la no respuesta supone la inexistencia de trabajo.





En lo que se refiere a la causa de emigración de los pacientes, hay un claro porcentaje mayoritario de pacientes que vienen por motivos de trabajo.

Ahora bien, deteniéndonos en los resultados en función de las comunidades lingüísticas, los hablantes de ruso presentan uniformidad de los resultados, las condiciones en las que se encuentran sus países de origen, que, en este caso, apunta al conflicto entre Ucrania y Rusia.

Por otro lado, las pacientes de China y los pacientes anglófonos subsaharianos comparten perfiles similares.

La mayor diversidad la presentan los pacientes subsaharianos francófonos, aunque también son el grupo más numeroso, lo que aumenta la probabilidad de que los resultados sean más uniformes.

Tiempo de estancia en España:

- Estancia media: 1 año y medio.
- Moda: 2 años

Ayuda lingüística recibida en España:

- Insuficiente: 71%
- Suficiente: 29%

Concluyendo el perfil personal de los pacientes, los resultados del tiempo de estancia en España esclarecen que las comunidades extranjeras necesitan la ayuda de un intérprete para poder desenvolverse en la sociedad de acogida durante un tiempo considerable, lo que, a su vez, incrementa la importancia de la labor del intérprete-mediador y, en general, del servicio de interpretación. Una primera reflexión que nos conduce a los resultados del segundo cuadro: los pacientes no están recibiendo la ayuda lingüística que necesitan.

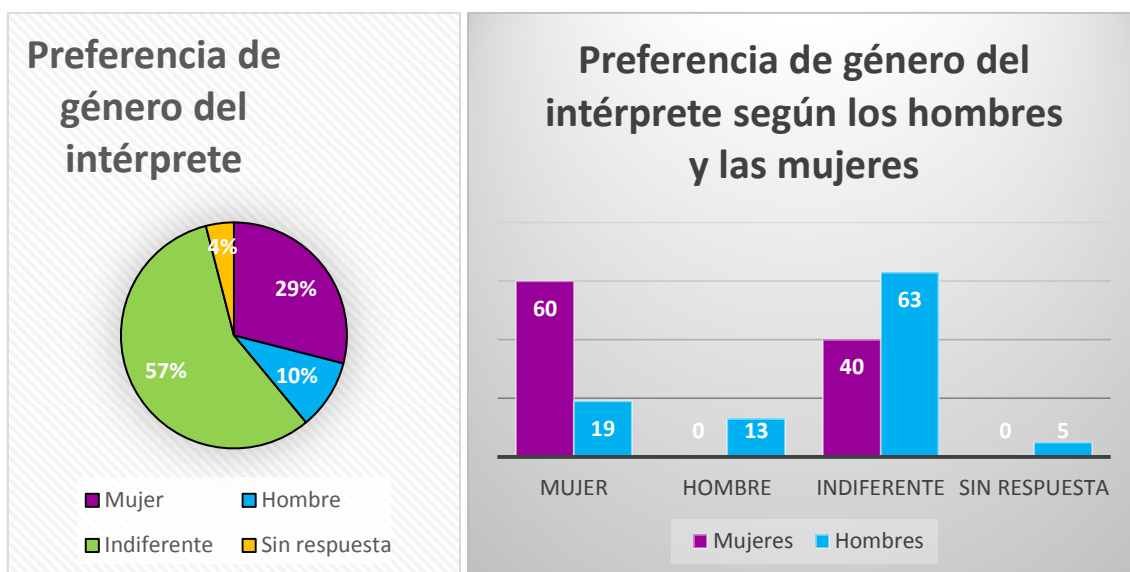
El porcentaje minoritario que ha confirmado estar recibiendo esa ayuda lo componen:

- Un 100% de la comunidad de hablantes de ruso.
- Un 67% de la comunidad de hablantes de chino.
- Un 20% de la comunidad de subsaharianos anglófonos.
- Un 18% de la comunidad de subsaharianos francófonos.

c.2) Resultados relacionados con la interpretación: experiencia, preferencias y evaluación de los pacientes

En primer lugar, de los pacientes que respondieron la encuesta, un 57% confirmaban no haberse beneficiado hasta entonces del servicio de un intérprete y, para el 43% restante, no era la primera vez.

Continuamos analizando las preferencias de los pacientes:



Para analizar los resultados de la preferencia de género, hemos considerado oportuno agrupar las respuestas según el grupo de hombres y de mujeres.

La preferencia de las mujeres, a la vista de los resultados, es mayoritariamente de una intérprete mujer. En ningún caso hay una preferencia de un intérprete del otro sexo como ocurre en el caso de los hombres.

En el grupo masculino de pacientes, los resultados están más divididos, aunque prima la indiferencia respecto al sexo del intérprete.



En esta segunda parte de preferencias, un resultado significativo es que ninguno de los pacientes ha elegido la opción del familiar o amigo.

Por otro lado, desgranando los resultados por comunidades lingüísticas, observamos resultados muy dispares según la comunidad en cuestión.

Barajando posibles causas de estas preferencias, concluimos que el intérprete de cada paciente podría condicionar su respuesta a la hora de rellenar el cuestionario. El paciente quedó satisfecho con el servicio recibido y eligió la respuesta que coincidía con el perfil del intérprete que le había ayudado a comunicarse.

Comprobamos así que en los dos casos en los que el 100% de los resultados ha correspondido con el intérprete profesional del país de origen del paciente, el intérprete era, efectivamente, del país en cuestión: la intérprete rusa y las intérpretes chinas.

No obstante, en ambas culturas, la lealtad a la propia colectividad cultural representa uno de los pilares básicos de estas sociedades. Así lo confirma Tai (2009:6) cuando explica los valores y costumbres tradicionales de la cultura china que se han de tener en cuenta por el intérprete mediador. De ahí que la preferencia de los hablantes de ruso y de los hablantes de chino sea más clara que en el caso de los pacientes subsaharianos.

En el caso de los anglófonos, resulta llamativo que la mayoría apunte al profesional español. La intérprete de estos pacientes, fue, efectivamente, de origen español.

Por último, la comunidad francófona cuenta con los porcentajes más repartidos. En este caso, los pacientes contaron tanto con intérpretes de países africanos (el intérprete de Guinea y el de Senegal), como españolas. Estas condiciones apuntan a favor de nuestra hipótesis.

Al hilo del debate, podríamos recordar el estudio de Minett et al. (2009) que confirmaba que los pacientes se decantaban por la opción del intérprete de su misma cultura, no por la calidad de la interpretación, sino por la sensación de confianza y seguridad que éstos generan en el paciente.

Evaluación de habilidades, capacidades y competencias del intérprete según los pacientes.



Terminamos este apartado de preferencias con los aspectos más y menos valorados del intérprete según el punto de vista de los pacientes encuestados:

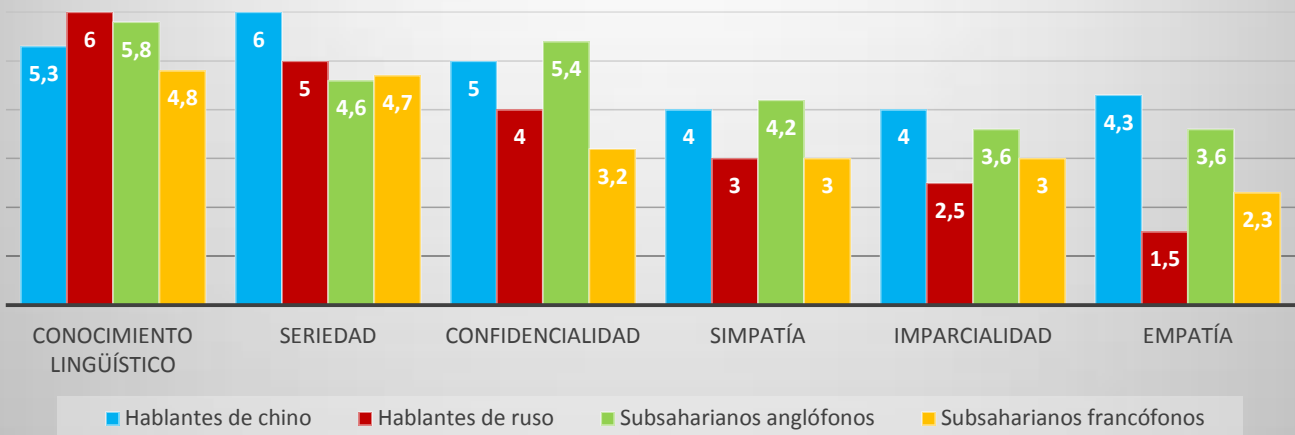
Retomando los resultados que obtuvimos de los intérpretes, encontramos una similitud entre la opinión de éstos y la de los pacientes: la empatía se mantiene como el aspecto con menor importancia. Que el intérprete se muestre agradable y simpático, sin embargo, resulta ser una cualidad mejor valorada por los pacientes que el hecho de poder identificarse con su estado de ánimo.

La imparcialidad, por su parte, en el caso de los pacientes, sí que está en consonancia con el estudio de Blignault et al. (2009) al que se ha hecho alusión, situándose en las últimas posiciones.

En primer lugar, el conjunto de los pacientes valora más el conocimiento lingüístico que, por ejemplo, la confidencialidad, que para los intérpretes era sin embargo lo más importante.

Por otro lado, los resultados de la moda estadística, al contrario de lo que ocurría con la valoración de los intérpretes, difieren más de los resultados medios. Hay, en este caso, una mayor diversidad de respuestas que podremos comprobar a continuación según los resultados obtenidos en las diferentes agrupaciones.

Valores medios de la opinión de los pacientes según las comunidades lingüísticas:



En primer lugar, las pacientes de origen chino no valoran tanto el conocimiento lingüístico, sino la seriedad como la característica más importante. Se trata de un resultado que casa con los valores de la cultura china, donde el respeto y la seriedad son primordiales para que una persona sea socialmente aceptada.

Por otro lado, la simpatía, en este conjunto de pacientes, no está mejor valorada que la empatía, sino que, junto con la imparcialidad, es a la que menor importancia se le ha atribuido.

En lo que se refiere a la comunidad de hablantes de ruso, el conocimiento lingüístico sí que aparece como la característica más valorada. Puede entenderse este resultado con la afirmación de la intérprete rusa en la reunión a la que asistimos con los miembros de Salud Entre Culturas: los pacientes de estas culturas, por lo general, quieren saber y que les expliquen todos los términos científicos. Esa precisión terminológica está en consonancia con el dominio del intérprete de ambas lenguas.

La seriedad, por su parte, aparece en segundo lugar. En esta línea, Simion (2009) explica los rasgos más característicos del trato social en las culturas rusoparlantes: la distancia entre los interlocutores es mayor que en nuestra cultura (unos 60-80 cm); está mal visto mirar a los ojos del interlocutor y, en su lugar, se mira a la cara; por último, la sonrisa no es tan frecuente, siendo la seriedad la que prima en los rostros de su sociedad.

Como último aspecto a destacar, la empatía, en consonancia con la mayor parte de los resultados de las encuestas, sí que resulta ser la menos valorada.

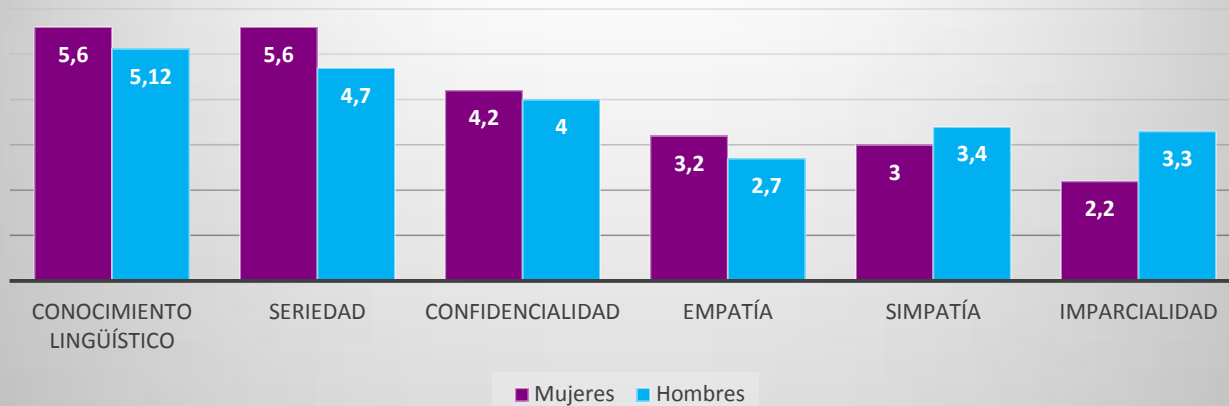
Finalmente, los pacientes del África subsahariana, tanto de la parte francófona como de la anglófona, comparten la misma jerarquía en términos de importancia de valores, salvo en la seriedad y la confidencialidad. Para la comunidad anglófona, después del conocimiento lingüístico, la confidencialidad es lo más importante, mientras que para la comunidad francófona, la seriedad del intérprete es más importante que la confidencialidad. La imparcialidad y, de nuevo la empatía, son las cualidades con una valoración más baja.

Una pequeña aclaración que cabría hacer es que los valores medios de la parte francófona son más bajos porque, en dos ocasiones, los pacientes no evaluaron los 6 aspectos. Concretamente, uno de ellos fue el paciente que afirmó no sentirse cómodo con el intérprete. Podría encajar, en este sentido, la explicación del intérprete senegalés en la reunión con el equipo de intérpretes en relación a este tema. Un porcentaje importante de los pacientes de esta comunidad nunca ha visto un hospital, pertenecen a una sociedad donde la buena salud tiene una relación directa con la capacidad económica y donde, los dispensarios y las cabañas de salud suplen las carencias de los servicios de hospitales y centros de salud.

No hay que olvidar, además, los prejuicios y actitudes de rechazo de los pacientes respecto al sistema occidental sanitario. El intérprete de Senegal y el autor Mawa Ndiaye Ndaw, (2009) coinciden en las consecuencias de la colonización, que aún, a día de hoy, se ven reflejadas en gran parte de esta sociedad. Tal y como nos muestra el autor, la medicina moderna ha sido históricamente considerada como un instrumento de dominación por la sociedad colonizada. Conociendo esta realidad se entiende que los pacientes subsaharianos afronten ciertas situaciones con temor y desconfianza que, en este caso, se reproduzcan en la consulta con el intérprete.

Finalmente, estos son los resultados cuando establecemos una comparación de prioridades entre mujeres y hombres:

Media de evaluaciones según el género de los pacientes.



Los aspectos que más destacan son las cualidades mejor y peor valoradas en cada uno de los grupos.

Las más valoradas en el grupo de las mujeres son, en igualdad de porcentaje, el conocimiento lingüístico y la seriedad, mientras que para los hombres el conocimiento lingüístico tiene ligeramente más importancia.

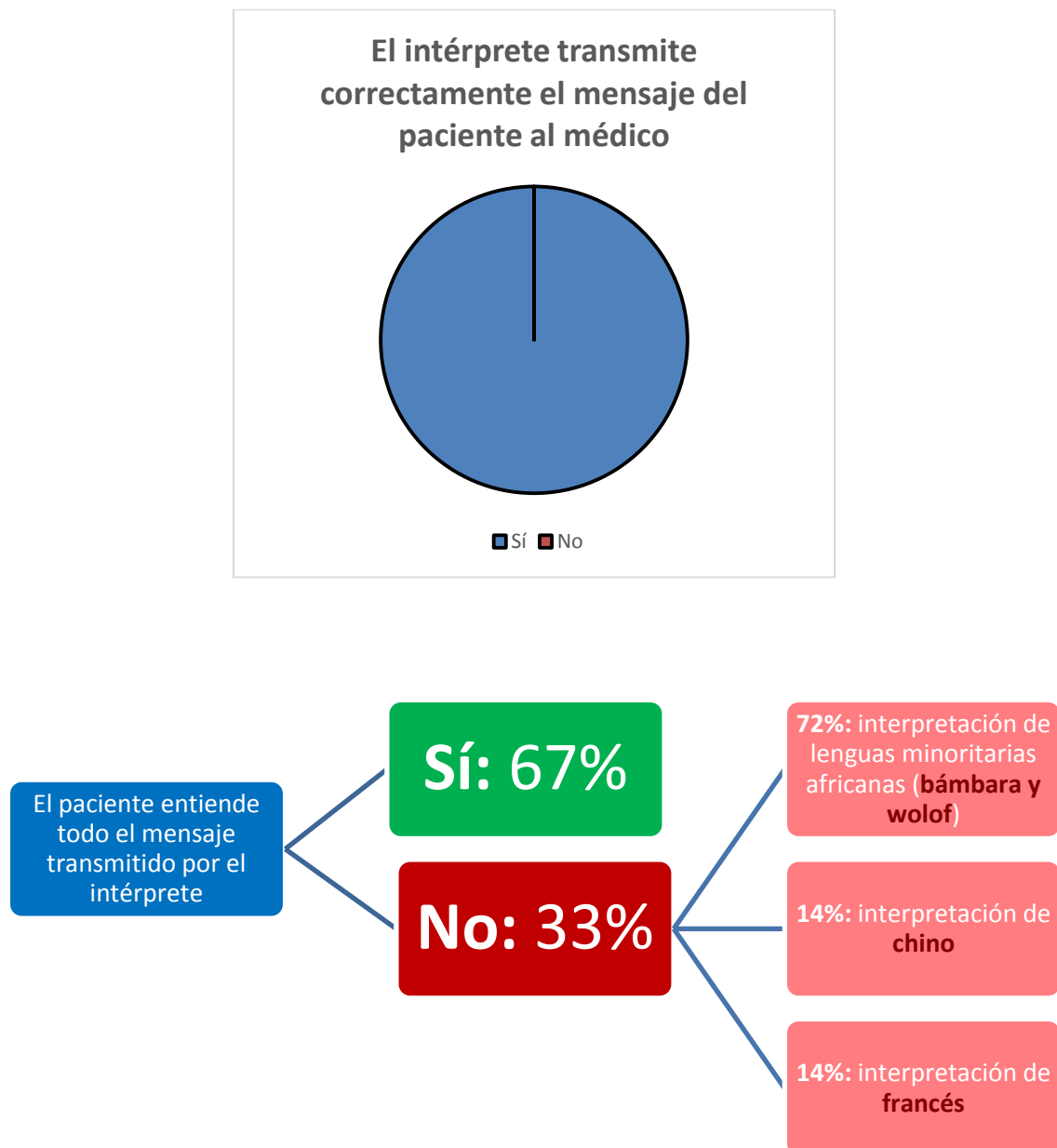
En cuanto a los porcentajes más bajos, comprobamos que las pacientes del sexo femenino se decantan por la imparcialidad, mientras que los hombres valoran menos la empatía.

A raíz de este despliegue de resultados tan dispares aflora la importancia de contextualizar cada uno de los casos a interpretar. A pesar de que la empatía aparezca, en mayor porcentaje, como la característica menos valorada, el intérprete tendrá que valerse de esta capacidad para poder responder a los perfiles tan diferentes de pacientes según su cultura, su género y, en general, sus características sociales y personales concretas.

Precisamente, en el contexto concreto que en este trabajo estamos analizando, los intérpretes parecen haber sabido gestionar las necesidades de los pacientes porque todos ellos, salvo uno (lo correspondiente a un 5% de las respuestas), han confirmado no sentirse incómodos con la presencia del intérprete en la consulta médica.

Si el paciente confirmaba que el intérprete le incomodaba, entonces le pedíamos en la encuesta que proporcionase una explicación. No obstante, no hemos obtenido este tipo de información de este paciente.

Para cerrar esta última parte de los pacientes, incluimos a continuación la evaluación que han hecho del trabajo del intérprete:



Como respuesta a la primera pregunta, la correcta transmisión del mensaje al médico, el resultado ha sido unánime. No obstante, no puede esta respuesta del paciente debe entenderse con cierta distancia, puesto que éste no tiene las herramientas ni las

competencias para poder juzgar la calidad de la transmisión del mensaje del intérprete al otro interlocutor. Así lo subrayaba Corsellis (2011:145), haciendo hincapié en que la profesión del intérprete depende, en gran medida, del factor de confianza, el cual tendrá repercusiones directas en el paciente, dado que éste no cuenta con el conocimiento lingüístico necesario para evaluar objetivamente la interpretación. Se tratará, sobre todo, de una evaluación de «sensaciones», de impresiones acerca de la fluidez y coherencia de la comunicación establecida.

Respecto a la comprensión del paciente, la gran distancia lingüística entre el español y las lenguas africanas y el chino incrementa la complejidad de la interpretación. Esto podría explicar el porcentaje negativo de la segunda gráfica.

Asimismo, aparte del obstáculo lingüístico, estamos hablando de culturas con tradiciones que distan mucho de la cultura occidental, incluso en la concepción que se tiene de la salud y la medicina.

La cultura de los países del África subsahariana presenta un predominio de la medicina tradicional con cifras que ascienden hasta un 80%. Esta medicina se impregna de los conocimientos de los elementos de la ecología, como las plantas y los animales. Para entender hasta qué punto difiere de nuestra medicina occidental, la medicina tradicional africana está supeditada a la teoría de los cuatro elementos: el aire, la tierra, el agua y el fuego (Mawa Ndiaye Ndaw, 2009). De este modo, tal y como confirma este autor, los problemas de comunicación en la consulta con este tipo de pacientes suponen el 60% del tiempo empleado (2009:14).

Por su parte, la medicina tradicional china, a diferencia de la concepción occidental del cuerpo y la mente, entiende ambas partes como un conjunto, de tal manera que tanto las enfermedades físicas, como las mentales, son la consecuencia directa de un desequilibrio orgánico. Así nos lo explica la autora Tai Mooi Ho Wong (2009). La misma autora comenta también la problemática que puede ocasionarse con una paciente afectado por una depresión. El paciente podría ocultar el problema psíquico hablándole al profesional sanitario de la existencia de síntomas somáticos como un dolor en el pecho. El hermetismo de las comunidades chinas incrementa, además, el desconocimiento de nuestros métodos y de nuestro sistema sanitario, lo que

no hace más que incrementar la brecha cultural y puede, como consecuencia, aumentar las dificultades comunicativas.

A aquellos pacientes que negaban comprender todo el mensaje transmitido por el intérprete, se les preguntaba si le pedían al intérprete repetir el mensaje en cuestión. Un 71% respondió que sí y un 29% que no. Este porcentaje que rechazó preguntar al intérprete corresponde en su totalidad al perfil subsahariano. Una posible explicación de esta actuación puede ser el exceso de respeto al profesional, tanto al médico, como al intérprete. Ellos son los que saben y, para no desautorizar su palabra, se adopta una actitud en la que el paciente afirma todo lo que le dicen, aunque no haya entendido todo el mensaje (Mawa, 2009).

4.3 Conclusiones del estudio de campo

Haciendo un balance de toda la información recopilada, analizada y contrastada, podemos deducir del conjunto de resultados obtenidos una serie de conclusiones finales.

En primer lugar, si bien es cierto que hemos querido desmenuzar toda la información recabada en las encuestas de cada uno de los ejes de esta investigación, plasmándola, para ello, en tres bloques separados de datos obtenidos, el resultado final no puede entenderse si no se visualizan los tres ejes implicados interconectados entre sí. Dicho de otro modo, podemos concebir el conjunto de pacientes, intérpretes mediadores y personal sanitario dentro de un círculo, el cual conformaría el núcleo de nuestro esquema. Alrededor de este núcleo se suceden una serie de círculos concéntricos haciendo las veces de contexto inmediato, contexto institucional, social y cultural en los que se encuentran inmersos las diferentes partes implicadas.

A raíz de esta interrelación de todos los elementos, comprendemos que los resultados deducidos de cada uno de los tres grupos partícipes de nuestra investigación de campo, encuentran diversas causas y consecuencias en el resto de elementos representados en la sucesión de círculos concéntricos.

Bajo este prisma, la realidad que hemos podido dibujar a partir de los cuestionarios presenta algunos elementos más alarmantes, como las soluciones *ad hoc* de las que se sirven los médicos. Éstas pueden tratarse de gestos y mímica, de la ayuda de compañeros del personal sanitario de los acompañantes de los pacientes que puedan

hablar español, por no hablar de la predisposición de los médicos para servirse de sus conocimientos lingüísticos, asumiendo todos los riesgos que este tipo de soluciones acarrea. Pöchhacker (2011), entre otros autores, subraya el aspecto negativo de estas medidas, las cuáles obstaculizan el camino de la interpretación social hacia un estatus profesional y reconocido. Esta realidad no es más que el fruto de un desconocimiento de la profesión del intérprete, de una falta de concienciación al respecto, así como de una falta de responsabilidad de la mano de instituciones y dirigentes, puesto que no se están proporcionando los medios adecuados para poder ofrecer un servicio competente y de acorde a las necesidades de los pacientes extranjeros.

Esta falta de conocimiento de la profesión y del papel del intérprete mediador también está presente en el conjunto de los pacientes. De ahí que, tal y como hemos podido comprobar, los pacientes exijan a los intérpretes una serie de tareas que, sin embargo, no es el intérprete mediador quien las debe asumir.

A su vez, el propio intérprete mediador a veces no sabe dónde debería trazar los límites de su intervención, por eso se ha observado una falta de consenso en cuanto a criterios de actuación. La causa fundamental apunta a que el papel de esta profesión aún está sin definir. Si le añadimos el desconocimiento observado en el conjunto de pacientes y médicos, nos encontramos con las consecuencias directas de una falta de reconocimiento y profesionalización de esta profesión en nuestro país. Las medidas para mejorar paulatinamente esta situación se repiten entre los autores investigadores de este campo y los sujetos directamente implicados: la necesidad de institucionalizar la figura del intérprete social, de fijar un marco legal y un registro oficial de intérpretes, de luchar contra el problema del intrusismo y mejorar y ampliar, como consecuencia, el servicio de interpretación en el ámbito sanitario, de mejorar las condiciones laborales y económicas, de establecer un sistema de evaluación y seguimiento para conseguir preparación profesional conveniente y de recurrir, a su vez, a la formación y a la sensibilización en tanto que herramientas clave para alcanzar los objetivos planteados. Estas soluciones, tan necesarias para que la interpretación en el terreno de la salud siga avanzando, no se limitarían a la buena voluntad actual de ciertas asociaciones como la que juega el papel principal de nuestro estudio de investigación, Salud Entre Culturas, sino que se trataría de medidas exigidas a nivel nacional.

En cuanto a la formación, ésta desempeña una función determinante tanto para los médicos y pacientes, como para los intérpretes. Gran parte del éxito de la interpretación reside en la actitud de cada una de las partes. Para que la actitud sea favorable, es importante la sensibilización de todas las partes.

Por ende, es necesaria, por un lado, la formación de los médicos, para que conozcan la manera de actuar cuando un intérprete mediador está presente en la consulta, evitando posibles malentendidos, sentimientos de desconfianza y prejuicios generados. Éstos entenderían, a su vez, la importancia que tiene a veces adaptar el vocabulario de su discurso para alcanzar el objetivo final de la consulta médica: atender, diagnosticar y tratar al paciente. Afortunadamente, tal y como nos han confirmado los intérpretes implicados en este estudio, son muchos los médicos que ya están cambiando su manera de actuar, comprenden los beneficios de la interpretación y colaboran con los intérpretes mediadores para trabajar conjuntamente a favor de la salud del paciente.

Por otro lado, la sensibilización de los pacientes conseguiría que comprendiesen las funciones del intérprete mediador, la manera de trabajar con él y las ventajas de este servicio. Cabe la posibilidad de que éstos afronten ciertas situaciones con temor y desconfianza si no se les explica el procedimiento convenientemente.

En cuanto a los intérpretes, contar con una formación sólida, de calidad y continuada es una de las claves que permitirá seguir avanzando en este campo. Es importante establecer un código ético consensuado y unos criterios fijos para saber cómo y cuándo se puede hacer uso de determinadas técnicas, cómo tratar la información, cómo presentarse en la consulta y dónde encontrar la frontera de la visibilidad del intérprete.

Como hemos podido comprobar, hay toda una diversidad de criterios cuando los intérpretes deciden resumir la información, omitirla y modificarla o adaptarla. No podemos olvidar, además, la división de opiniones acerca del empleo de la primera o la tercera persona del sujeto en el discurso interpretado. En un principio, puede que la posición al respecto esté clara: con el uso de la tercera persona se pierde intensidad en el discurso y credibilidad del paciente. No obstante, habrá veces en las que el paciente no entienda esta dinámica, teniendo que recurrir al estilo indirecto.

Este último ejemplo, aunque concreto, ilustra toda una problemática en torno a la interpretación social que, sin duda, no podemos eludir. No estamos hablando de matemáticas, o de cualquier otra ciencia exacta. En la interpretación, el componente humano está siempre presente y, aunque sea necesario fijar una serie de criterios, se tendrá siempre en cuenta, por otro lado, que éstos están sujetos a un amplio margen de actuación. Precisamente por esta razón las particularidades sociales y culturales de cada contexto serán las que finalmente lleven la batuta en la actuación del intérprete mediador. No será lo mismo trabajar con un paciente de clase media, que un paciente con un nivel cultural muy bajo; ni tampoco atender a las necesidades de un paciente chino, que a las que pueda tener otro paciente de Camerún. Tal y como apuntaba una de las intérpretes del equipo de Salud Entre Culturas, lo que prevalece, por encima de todo, es el sentido común, y el intérprete deberá decidir cómo actuar y las estrategias que escogerá en cada caso, teniendo siempre presentes las claves de cada contexto, no sin olvidar, además, que hay una gran brecha que separa a la teoría de la práctica.

No obstante, los intérpretes mediadores subrayan los beneficios de los cursos, de las oportunidades de formación que se están ofreciendo. Muchas de ellas están contando además con una gran diversidad cultural entre los participantes, de manera que se nutren de conocimientos técnicos y terminológicos, pero también de información cultural de primera mano. Un conocimiento cultural que por su parte, el intérprete, deberá gestionar con cautela para no caer en prejuicios y posicionamientos etnocentristas.

Además, gracias a los cursos que se están ofreciendo, se está consiguiendo formar a intérpretes de lenguas minoritarias que, por otro lado, son imprescindibles en ciertos contextos, como ha sido el caso de nuestro hospital estudiado.

En línea con esto último, este tipo de estudios nos demuestra que no debe adoptarse una posición prescriptiva en lo que se refiere a la nacionalidad del intérprete. Aunque recordemos las palabras de Jiménez Salcedo (2010:45), cuando explicaba cómo la pertenencia cultural «puede ser un arma de doble filo» para el intérprete, poniendo en riesgo uno de los principios clave de esta profesión, la neutralidad, ambos, un intérprete del país de origen del paciente y un intérprete del país de acogida, pueden llegar a ser perfectos profesionales competentes. Cada uno contará con una serie de condicionantes y características a su favor, así como también una serie de aspectos a mejorar que no

tendrán por qué suponer un obstáculo si se cuenta con los medios, condiciones y formación que la situación exige.

La oferta formativa, en contraposición, sigue presentando algunas carencias. Los cursos de interpretación y mediación intercultural en Madrid han sufrido las consecuencias del recorte de presupuestos, viéndose reducidos a la mitad de su duración original.

En el plano universitario, y teniendo en cuenta la opinión de nuestros intérpretes mediadores, la oferta de máster, aunque está poco a poco mejorando, sigue sin cubrir ciertas necesidades formativas. Se trata de un panorama que poco a poco experimentará un progreso positivo si se invierte en medios y recursos, si se continúa investigando en esta línea y si se ataja el problema de reconocimiento oficial inicialmente mencionado.

Estamos ante un cuadro de claroscuros, pero no cabe duda de la intención de mejorar este camino que, poco a poco, está trazando la interpretación social en el ámbito de la salud.

La solución está en nuestras manos y el propósito a alcanzar merece seguir trabajando para poder abordarla.

5. Conclusiones

Acabamos de hacer un repaso de las conclusiones más específicas que hemos podido extraer de este trabajo de investigación. Hemos reflexionado, además, acerca de la importancia del papel de esta profesión enmarcada en un derecho universal del ser humano como es la salud de las personas. Resulta ilustrativo, en esta lucha por alcanzar el reconocimiento que la interpretación en los servicios públicos merece, el título de los trabajos de Brian Harris «There's more to interpreting than conference interpreters». Nos apoyamos en el artículo de este autor para recordar que existen diversos tipos de interpretación y que todos desempeñan una labor muy valiosa en su campo de acción determinado.

Si debiéramos explicar, con una sola idea, todo lo que se ha expuesto en este trabajo, recurriríamos a la imagen de un cristal. El proceso y el resultado que de la interpretación social obtenemos dependen del cristal con el que ambos se miren. En el universo que conforma la interpretación en los servicios públicos podemos encontrar numerosos puntos de vista de todas las partes implicadas. Cada una de esas partes representa un cristal con una tonalidad diferente. Cada contexto, a su vez, determina las características de cada interpretación y condiciona el éxito de la misma.

El intérprete está lidiando con una amalgama de culturas que, muy probablemente, se encuentren muy distantes las unas de las otras. Cabe añadir, además, los diversos periplos migratorios de los extranjeros, que pueden condicionar la manera de actuar de cada uno de los actores de este trílogo construido en la consulta médica.

Esta perspectiva nos ayudará a no cerrar puertas a nuevas ideas y posibilidades como, por ejemplo, la interpretación telefónica, sobre todo cuando prima el grado de urgencia. Somos conscientes de que la pérdida de información verbal, al no estar el intérprete presente, es indiscutible. No obstante, las palabras de Rosenberg (2005) nos muestran la idea contraria explicándonos que, precisamente, esa pérdida de contacto visual puede reducir la posibilidad de equívocos y malentendidos. Nos reafirmamos, por lo tanto, en la idea de la pluralidad de perspectivas.

Como hemos podido comprobar, la interpretación social en el ámbito sanitario precisa la acción y el compromiso conjunto de diferentes esferas sociales para construir, entre todos, un propósito común. Al respecto, merece ser mencionada una de las ideas

que defiende el Centro Multiétnico de Quebec, del cual hemos hecho mención en la fase introductoria de nuestro trabajo:

*«Construire sur ce que nous avons en commun plutôt que mettre en relief nos différences.»*⁶¹

Somos conscientes de las diferencias sociales, culturales e individuales que nos distinguen y nos hacen singulares. Nuestra misión, sin embargo, establece su punto de partida en esas diferencias para poder tejer los tan necesarios lazos conectores.

A título personal, este trabajo ha supuesto un aprendizaje continuo de numerosos contenidos teóricos relacionados con nuestra línea de investigación: la interpretación en los servicios públicos y, concretamente, en el sector sanitario.

Más allá de la teoría, el Trabajo Fin de Grado ha sido especialmente valioso en un sentido práctico, dado que ha supuesto la primera toma de contacto con un trabajo de investigación.

Pese a que el camino no ha sido fácil, el balance ha sido claramente positivo: hemos aprendido a investigar más a fondo sobre un tema concreto, a convertir ese proceso en una investigación de campo, y a emplear diversas herramientas de análisis y manejo de información. Nos hemos enfrentado, además, a cantidades astronómicas de datos y contenidos que hemos tenido que manejar y organizar con vistas a ofrecer un resultado y unas conclusiones coherentes con el hilo del trabajo de investigación.

Finalmente, y por encima de todos estos aspectos positivos, encontramos nuestra pasión por la profesión del intérprete, en la cual nos hemos reafirmado gracias a este trabajo. Retomamos la idea del cristal y de los tonos para destacar, precisamente, una de las características que hacen que la interpretación sea tan fascinante: su rebosante colorido. Hablamos de tantos colores como culturas existen. Una paleta de colores con la que creamos, con cada una de las interpretaciones, un nuevo y apasionante cuadro.

⁶¹ Centre Multiethnique de Quebec: *Memoria de 2015*: <http://www.centremultiethnique.com/Publications.html>
Consultado en junio de 2015.

6. Bibliografía

Abdallah-Pretceille, Martine & Carmen Camilleri. (1993) “*La communication interculturelle.*” En: Labat, Claudine & Vermès, Geneviève (dir.) 1993. *Cultures ouvertes, sociétés interculturelles. Du contact à l’interaction.* París: Éditions L’Harmattan, pp. 47-51.

Abril Martí, María Isabel. (2008) “La interpretación en los servicios públicos en la Unión Europea: Una selección de panoramas nacionales.” En: *III Jornada Internacional de bones pràctiques de gestió del multilingüisme. Els serveis de traducció, interpretació i mediació a les llengües dels immigrants.* Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Versión electrónica:

http://www10.gencat.cat/casa_llengues/binaris/conferencia_abril_tcm302-113452.pdf

Abril Martí, María Isabel. (2006) *La interpretación en los servicios públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular.* Granada. Versión electrónica: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf>

Angelelli, Claudia V. (2004) *Revisiting the Interpreter’s Role: a study of conference, and medical interpreters in Canada, Mexico and the United States.* Amsterdam: John Benjamins B.V.

Arumí, Marta; Carmen Bestué; Sofía García-Beyaert; Anna Gil-Bardají; Jacqueline Menett; Ludmila Onos; Begoña Ruiz de Infante; Xus Uagarte & Mireia Vargas-Urpi. (2011) *Comunicar en la diversitat. Intèrprets, traductors i mediadors als serveis públics.* Barcelona: Linguamón, Casa de les Llengües. Versión electrónica: <http://llengua.gencat.cat/permalink/b907fe16-5382-11e4-8f3f-000c29cdf219>

Belloso Martín, Nuria. (2003) “Inmigrantes y mediación intercultural.” *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho: Textos para la discusión en las XIX Jornadas de la Sociedad Española de Filosofía Jurídica y Política* 7.

Beltrán Avery. María-Paz. (2001) *The role of the health care interpreter: An Evolving Dialogue.* Washington, DC: National Council on Interpretation in Health Care.

Ben Ameer, Ali. (2010) “L’interprétariat en milieu social en France: Quarante ans de pratique pour faciliter l’intégration, la communication et la compréhension avec les migrants.” *Hommes & migrations* 1288, pp. 86-91. Versión electrónica: <http://hommesmigrations.revues.org/868>

Bermúdez Anderson, Kira. (2009) “La mediación intercultural y la identidad profesional. Capítulo 16: La identidad personal y profesional del mediador o mediadora intercultural.” En: Fundación “la Caixa” (Ed.) 2009. *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Obra Social Fundación “la Caixa”, 16. Versión electrónica: http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf

Bestué, Carmen; Sofía García-Beyaert & Begoña Ruiz de Infante. (2011) “Resultats dels qüestionaris adreçats als treballadors dels serveis públics.” En: Grup Miras (Mediació i Interpretació. Recerca en l’Àmbit Social). 2011. *Comunicar en la diversitat. Intèrprets, traductors i mediadors als serveis públics*. Generalitat de Catalunya: Linguamón, Casa de les Llengües, pp. 66-84.

Blignault, Ilse; Maria Stephanou & Cassandra Barrett. (2009) “Achieving quality in health care interpreting. Insights from interpreters.” En: Hale, Sandra; Uldis Ozolins & Ludmila Stern (eds.) 2009. *The Critical Link 5. Quality in interpreting – a shared responsibility*. Nueva Gales del Sur: John Benjamins Publishing Company, pp. 221-234.

Borges del Rosal, África. (2007) *Diseño y análisis de encuestas*. Madrid: MC Graw Hill, pp. 209-246. Versión electrónica: webpages.ull.es/users/aborges/encuesta_com.pdf

Boss-Prieto, Olga Lucía. (2014) “L’interprétation en Suisse francophone : le cas de la communauté hispano-américaine.” *Cédille: revista de estudis franceses* 4, pp. 5-8.

Cedillo Corrochano, Carmen. (2012) “Traductores en servicios públicos.” En: *El País*. Versión electrónica: http://elpais.com/elpais/2012/03/23/opinion/1332528688_440603.html

Bot, Hanneke. (2003) “The Myth of the Uninvolved Interpreter Interpreting in Mental Health and the Development of a Three- Person Psychology.” En: Brunette, Louise; Georges L. Bastin; Isabelle Hemlin & Heather Clarke (eds.) 2001. *The Critical Link 3*:

Interpreters in the Community. Selected papers from the Third International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings. Montreal: John Benjamins Publishing Company, pp. 27-35.

Cambridge, Jan. (2003) “Unas ideas sobre la interpretación en los centros de salud.” En: Valero Garcés, Carmen (ed.) 2002. *Traducción e interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro.* Granada: Comares, pp. 52-28.

Corsellis, Ann. (2008) “Seven EU Projects – a journey towards a regulated language profession.” En: Blasco Mayor, María Jesús; María Amparo Jimenez Ivars (eds.) 2008. *Interpreting naturally. A tribute to Brian Harris.* Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien: Peter Lang AG, International Academic Publishers, pp. 143-145.

Cortés, Dharma E. (2009) “La competencia cultural para mediadores interculturales: La interpretación lingüística.” En: Fundación “la Caixa” (Ed.) 2009. *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación.* Obra Social Fundación “la Caixa”, 21. Versión electrónica: http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf

Dueñas González, Roseann; [Victoria Félice Vásquez](#) & [Holly Mikkelsen](#). (1991) *Fundamentals of Court Interpretation: Theory, Policy, and Practice.* Durham: Carolina Academics Press.

EFE/ El País. (2015) “Alonso anuncia que devolverá la atención primaria a los sin papeles.” *El País*. Versión electrónica: http://politica.elpais.com/politica/2015/03/31/actualidad/1427788718_943883.html

Dysart-Gayle, D. (2005). “Communication models, professionalization, and the work of medical interpreters.” *Health Communication*, 17(1), 91-103.

Fierro-Mühlemann, Isabel; Isabel Eíriz Marín & Katy François. (2014) “Quelle formation pour les interprètes communautaires? Le dispositif mis en oeuvre en Suisse romande.” *Cédille: revista de estudios franceses* 4, pp. 49-61.

- García Luque, Francisca. (2009) “La interpretación telefónica en el ámbito sanitario. Realidad social y reto pedagógico.” En: Universidad de Málaga (Ed.) 2008. [*Redit: Revista electrónica de didáctica de la traducción y la interpretación*](#) 3, pp. 18-30. Versión electrónica: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3150217>
- Garret, Pamela W.; R. Forero; H. G. Dickson; H. G. & A. Klinken Whelan. (2008) “Communication and Healthcare Complexity in People with Little or not English: The Communication Complexity Score.” En: *Ethnicity and Health*, 13:13, pp. 203-217.
- Garret, Pamela W. (2009) “Is healthcare interpreter policy left in the seventies? Does the current interpreter policy match the stringent realities of modern healthcare?” En: Hale, Sandra; U. Ozolins; L. Stern (Eds.) 2009. *The Critical Link 5. Quality in interpreting – a shared responsibility*. Australia: Simpson Centre for Health Services Research, University of NSW, pp. 71-81.
- Gil-Barjadí, Anna; Marta Arumí & Mireia Vargas-Urpi. (2011) “Resultats dels qüestionaris dirigits als mediadors-traductors-intèrprets.” En: Group Miras (Mediació i Interpretació. Recerca en l'Àmbit Social). 2011. *Comunicar en la diversitat. Intèrprets, traductors i mediadors als serveis públics*. Generalitat de Catalunya: Linguamón, Casa de les Llengües, pp. 36-47.
- Guerrero Romera, Catalina. (2010) “El mediador intercultural en el ámbito sociosanitario: perfil, competencias y cualificación.” *RES, Revista de Educación Social*. 14 Versión electrónica: http://www.eduso.net/res/pdf/14/mediadorinter_res_%2014.pdf
- Harris, Brian. (1977) “The importance of Natural Translation.” *Working Papers on Bilingualism* 12, pp. 96-114.
- Harris, Brian. (1983) “There’s More to Interpreting than Conference Interpreting.” *Informatio* 11 (3), pp. 4-5.
- Hein, Anna. (2009) “Interpreter Education in Sweden: A Uniform Approach to Spoken and Signed Language Interpreting.” En: J. Napier (Ed.) 2009. *International Perspectives on Sign Language Interpreter Education*. Washington. Versión electrónica: <http://sodertornsfolkhogskola.se/wp-content/uploads/2013/10/Text-av-Anna-Hein.pdf>.

- Hurtado Albir, Amparo. (2001) *Traducción y traductología. Introducción a la traductología*. Madrid: Càtedra.
- Janicki, Karol. (1986) "Accommodation in Native Speaker-Foreigner Interaction." En: House, Juliane & Shoshana Blum-Kulka (eds.) 1986. *Interlingual and intercultural communication: discourse and cognition in translation and second language acquisition studies*. Polonia: Gunter Narr Verlag Tübingen, pp. 169-178.
- Jiménez Salcedo, Juan. (2010) *Traducción-interpretación en los servicios públicos en Quebec: ¿Un modelo para Andalucía?* Sevilla: Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces.
- Jiménez Salcedo, Juan. (2014) "Politiques linguistiques et interprétation en milieu social au Canada : des droits linguistique aux droits d'accès aux services publics." *Cédille: revista de estudios franceses* 4, pp. 132-147.
- Kaufert, Patricia; Joseph M. Kaufert & Lisa LaBine. (2009) "Research ethics, interpreters and biomedical research." En: Hale, Sandra; U. Ozolins; L. Stern (Eds.) *The Critical Link 5. Quality in interpreting – a shared responsibility*, pp. 235-250.
- Khader, Bichara. (2010) "Migraciones: ¿la UE cierra las fronteras del Sur?" *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global* 112:11, pp. 101-122.
- Knapp, Karlfried; Werner Enninger & Annelie Knapp-Potthoff. (1987): *Analyzing Intercultural Communication*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Leanza, Yvan. (2005) "Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers." En: Pöschhacker, F, M., Schlesinger (Eds.) 2005. *Healthcare Interpreting*, 7, pp. 167-192.
- Leanza, Yvan, Élias Rizkallah & Thomas Michaud Labonté. (2014) "Intégrer un interprète dans les consultations de médecine familiale : une analyse de discours assisté par ordinateur." *Cédille: revista de estudios franceses*, 4, pp. 9-30.
- Lesch, Harold. (1999) "Community translation; right or privilege". En: Erasmus, Mabel (ed.) 1999. *Liason Interpreting in the Community*. Pretoria: VanSchaik pp. 90-98.

Martin, Anne (2000). “La interpretación social en España.” En: Dorothy Kelly (Ed.) 2000. *La traducción y la interpretación en España hoy: Perspectivas profesionales*. Granada: Comares, pp. 207-223.

Mateo Alcalá, M^a Carmen. (2004) “La interpretación social: hacia el reconocimiento de la profesión.” *Fòrum de recerca* 10.

Mawa Ndiaye Ndaw, Abdou. (2009) “La mediación intercultural en los grupos étnicos principales: Salud e inmigración desde la perspectiva de la comunidad africana subsahariana.” En: Fundación “la Caixa” (Ed.) 2009. *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Obra Social Fundación “la Caixa”, 21. Versión electrónica: http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf

Merlini, Raffaella & Roberta Favaron. (2009) “Quality in healthcare interpreter training. Working with norms through recorded interaction.” 2009. En: Hale, Sandra; U. Ozolins; L. Stern (Eds.) *The Critical Link 5. Quality in interpreting – a shared responsibility*, pp. 187-200.

Minett, Jacqueline; Liudmila Onos & Xus Ugarte. (2011) “Resultats dels qüestionaris adreçats als usuaris.” En: Group Miras (Mediació i Interpretació. Recerca en l'Àmbit Social). 2011. *Comunicar en la diversitat. Intèrprets, traductors i mediadors als serveis públics*. Generalitat de Catalunya: Linguamón, Casa de les Llengües, pp. 48-65.

Munoz, Marie & Anjali Kapoor-Kohli. (2007) “Les barrières de langue, comment les surmonter en clinique?” *Le Médecin du Québec*, 42:2, pp. 45-52. Versión electrónica: <https://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20M%C3%A9decin%20du%20Qu%C3%A9bec/Archives/2000%20-%202009/045-052Munoz-Kapoor0207.pdf>

Muñoz Raya, Eva; Alfonso Bullón de Mendoza; Manuel Lobo Cabrera; Jon Paul Laka; Gabriel Ovejero & Isabel García Izquierdo. (2004) *Libro blanco del Título de Grado en Traducción e Interpretación*. Granada: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Versión electrónica: http://www.aneca.es/var/media/150288/libroblanco_traduc_def.pdf

Navaza, Bárbara; Laura Estévez & Jordi Serrano. (2009) “Saque la lengua, por favor. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España.” *Panacea@* 10:30, pp. 141-156. Versión electrónica: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n30_tribuna-NavazaEstevezSerrano.pdf

Ortega Herráez, Juan Miguel; María Isabel Abril Martí & Anne Martin. (2009) “Community interpreting in Spain. A comparative of interpreters’ self-perception of role in different settings.” En: Hale, Sandra; U. Ozolins; L. Stern (eds.) 2009. *The Critical Link 5. Quality in interpreting – a shared responsibility*. Granada; Alicante: GRETI Research Group.

Ostarhild, Edda. (1996) “The National Register of Public Service Interpreters in the UK.” *Proceedings of the XIV World Congress of the Fédération internationale des traducteurs* 2, pp. 785-792.

Pérez Blandino, Jonathan. (2014) “Historia de la visibilidad de la interpretación: una profesión invisible.” *La Linterna del Traductor. La revista multilingüe de Asetrad* 9, pp. 18-30. Versión electrónica: <http://www.lalinternadeltraductor.org/n9/historia-interpretacion.html>

Prats San Román, Genisa y Elizabeth Uribe Pinillos. (2009) “La mediación intercultural y la identidad profesional: La mediación intercultural.” En: Fundación “la Caixa” (Ed.) 2009. *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Obra Social Fundación “la Caixa”, 15. Versión electrónica: http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf

Pérez Blandino, Jonathan. (2014) “Historia de la visibilidad de la interpretación: una profesión invisible.” *La Linterna del Traductor. La revista multilingüe de Asetrad* 9, pp. 18-30.

Pöchhacker, Franz. (1999) “Getting Organized: The Evolution of Community Interpreting.” *Interpreting* 4:1, pp. 125-140.

Pöchhacker, Franz & Miriam Schlesinger. (2002) “Introduction.” En: Pöchhacker, Franz; Miriam Schlesinger (eds.) 2002. *The interpreting studies reader*. Nueva York. TJ Internation Ltd, Padstow, Cornwall, pp. 1-12.

Pöchhacker, Franz. (2004). *Introducing Interpreting Studies*. London/New York: Routledge.

Pöchhacker, Franz. (2011) "NT and CI in IS: taxonomies and tensions in interpreting studies." En: Blasco Mayor, María Jesús; María Amparo Jimenez Ivars (Eds.) 2011. *Interpreting Naturally. A tribute to Brian Harris*. Berna: Peter Lang AG, International Academic Publishers, pp. 217-236.

Qureshi Burckhardt, Adil. (2009) "La competencia cultural para mediadores interculturales: La competencia cultural." En: Fundación "la Caixa" (Ed.) 2009. *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Obra Social Fundación "la Caixa", 12. Versión electrónica: http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf

Red de Intérpretes y Traductores de la Administración Pública (RITAP). (2011) *Libro Blanco de la traducción y la interpretación institucional*. Madrid: Imprenta del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Versión electrónica: http://ec.europa.eu/spain/pdf/libro_blanco_traducccion_es.pdf

Roberts, Roda P. (1997) "Community interpreting today and tomorrow." *The critical link: Interpreters in the community*, pp. 7-26.

Rojo, Ana. (2013) *Diseños y métodos de investigación en traducción*. Madrid: Síntesis.

Rosenberg E., Richard. (2005) "Les patients accompagnés." En : C Richard & M-T Lussier (eds.). *La communication professionnelle en santé*. Montréal, Quebec: ÉRPI.

Sales Salvador, Dora. (2005) "Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España." *Translation Journal*, 9:1, pp. 18-30.

Shokrani, Gholamreza. (2014) "Interprétariat, entre pratiques et théories de traduction." *Cédille: revista de estudios franceses, monografías*, 4, pp. 113-130.

Simion, Simona. (2009) "La mediación intercultural en los grupos étnicos principales: La salud en los pacientes de la Europa del Este." En: Fundación "la Caixa" (Ed.) 2009. *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Obra Social

Fundación “la Caixa”, 23. Versión electrónica:
http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf

Tai, Mooi Ho Wong. (2009) “La mediación intercultural en los grupos étnicos principales: La salud en los pacientes chinos.” En: Fundación “la Caixa” (Ed.) 2009. *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Obra Social

Fundación “la Caixa”, 24. Versión electrónica:
http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf

Taibi, Mustapha & Anne Martin. (2006) “Training public service translators and interpreters: Difficulties in an uncharted field.” En: Kearns, John (Ed.) 2006. *Translation Ireland. Special Issue on Training Translators and Interpreters in Europe* 17:1, pp. 93-107.

Turner, Graham H. (2007) “More than token gestures: Exploring the boundaries of community interpreting.” En: *Critical Link 5. Quality in Interpreting: A Shared Responsibility*. Sydney, pp. 11-15.

Valero Garcés, Carmen. (1998) “¿Traducción e interpretación en servicios públicos? ¿De qué me hablas? ¿Una nueva especialización?” En: Valero Garcés, Carmen & Isabel de la Cruz Cabanillas (eds.) *Encuentros en Torno a la Traducción III: Nuevas Tendencias y Aplicaciones de la Traducción*. Madrid: Universidad de Alcalá, 267-274.

Valero Garcés, Carmen. (2002) “Nuevas necesidades para nuevas realidades en la comunicación intercultural. Traducción e interpretación en los servicios públicos.” En: Valero Garcés, Carmen; G. Mancho (Eds.) 2002. *Traducción e interpretación en los Servicios Públicos*. Madrid: Universidad de Alcalá, Servicio de publicaciones, pp. 15-30.

Valero Garcés, Carmen. (2003) “Una visión general de la evolución de la traducción e interpretación en los servicios públicos.” En: Valero Garcés (Ed.) 2003. *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, pp. 3-35.

Valero Garcés, Carmen & Nerea Martínez Gutiérrez. (2008) “The student – Tutor: a natural interpreter in the 21st century.” En: Lasco Mayor & María Amparo Jimenez Ivars (eds.) 2008. *Interpreting naturally. A tribute to Brian Harris*. Madrid: Peter Lang AG, International Academic Publishers, pp. 123-141.

Valero Garcés, Carmen & Mustapha Taibi. (2006) “Grupo FITISPos, Formación e investigación en traducción e interpretación en los servicios públicos.” En: Valero Garcés, Carmen; Francisco Raga Gimeno (Eds.) 2006. *Retos del siglo XXI en comunicación intercultural: nuevo mapa lingüístico y cultural de España. Revista Española de Lingüística Aplicada*. Universidad de Alcalá, pp. 205-216.

Valero Garcés, Carmen & Laura Gauthier Blasi. (2010) “Bordieu y la traducción e interpretación en los servicios públicos. Hacia una teoría social.” *Monografías de Traducción e Interpretación*. 2, pp. 97-117.

Varios autores (Comunidad Autónoma de Cataluña). (2014) “Decreto-ley 8/2014, de 23 de diciembre, por el que se crea el Registro de traductores e intérpretes judiciales para su actuación ante los órganos judiciales con sede en Cataluña.” *Boletín Oficial del Estado*, Núm. 33. Versión electrónica: <http://www.boe.es/boe/dias/2015/02/07/pdfs/BOE-A-2015-1167.pdf>

Varios autores (Generalitat Valenciana). (2011) “Orden 8/2011 de 19 de mayo. Registro oficial de mediadores interculturales de la comunidad valenciana.” *Diario Oficial de la Comunitat Valenciana*, Núm. 2011/6009. Versión electrónica: http://www.docv.gva.es/index.php?id=26&L=1&sig=006172/2011&tl=Orden%208/2011%20de%2019%20de%20mayo&url_lista=%26TEXT0_LIBRE%3DOrden%25208/2011%2520de%252019%2520de%2520mayo%26CHK_TEXT0_LIBRE%3D1%26tipo_s_earch%3Dlegislacion%26num_tipo%3D6

Varios autores (Generalitat Valenciana, Consellería de Bienestar Social). (2014) “Orden 31/2014 de 19 de diciembre.” *Diario Oficial de la Comunitat Valenciana*, Núm. 7432/29.12.2014, pp. 31716. Versión electrónica: http://www.docv.gva.es/datos/2014/12/29/pdf/2014_11838.pdf

Varios autores (Jefatura del Estado). (2012). “Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y

mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.” *Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado*, Núm. 98/24.04.2012, pp. 31278-31312. Versión electrónica: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403

Varios autores (Ministerio del Interior). (2013) “Anuncio de formalización de contratos de la División Económica y Técnica (Cuerpo Nacional de Policía). Objeto: Servicio de interpretación de declaraciones orales, traducciones escritas, escuchas telefónicas y transcripción de cintas de audio u otros soportes informáticos grabados en lenguas distintas del idioma castellano, tanto de forma directa como inversa, en el marco de las actuaciones policiales en el ámbito de todo el territorio nacional.” *Boletín Oficial del Estado: Anuncios de licitaciones públicas y adjudicaciones*, Núm. 204, Sec. V-A., pp. 43631. Versión electrónica: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/08/26/pdfs/BOE-B-2013-32440.pdf>

Varios autores (Ministerio de Justicia). (2014) “Anuncio de la Subsecretaría del Ministerio de Justicia, por el que se hace pública la formalización del contrato de servicios de interpretación y traducción en los órganos judiciales adscritos a la Gerencia Territorial de Órganos Centrales.” *Boletín Oficial del Estado: Anuncios de licitaciones públicas y adjudicaciones*, Núm. 78, Sec. V-A., pp. 14966 Versión electrónica: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/03/31/pdfs/BOE-B-2014-11481.pdf>

Varios autores (Ministerio de Trabajo e Inmigración). (2011-2014) *Plan estratégico de ciudadanía e integración*. Versión electrónica: http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Programas_Integracion/Plan_estrategico2011/pdf/P_ECI-2011-2014.pdf

Varios autores (Organización de Naciones Unidas). (2015) *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Versión electrónica: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Villardell Canal, Sira. (2009) “La mediación intercultural sociosanitaria: Interculturalidad, salud y género.” En: Fundación “la Caixa” (Ed.) 2009. *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Obra Social Fundación “la Caixa”, 19. Versión electrónica: http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacio_intercultural_es.pdf

[Weiss, Regula & Rahel Stuker. \(1998\)](#) “Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins.” *Forum suisse pour l’étude des migrations, Rapport de recherche* 11, p. 46.

Yuste Frías, José. (2014) “Interculturalité, multiculturalité et transculturalité dans la Traduction et l’Interprétation en Milieu Social.” *Cédille: revista de estudios franceses* 4, pp. 91-111.

7. Sitografía:

ACCEM. Consultado en marzo de 2015: <http://www.accem.es/>

Banque interrégionale d'interprètes. Consultado en noviembre de 2014: <https://agence.santemontreal.qc.ca/partenaires/bii/>

Banque interrégionale d'interprètes 1999-2000. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Quebec. Consultado en noviembre de 2014: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs31163>

Centro de Estudios Superiores Felipe II. (2015). *Grado en Traducción e Interpretación*. Consultado en abril de 2015: <http://www.cesfelipesesegundo.com/gradotraduccion.php>

Centre Multiethnique de Quebec, (2015). *Mémoire présenté à la Commission des relations avec les citoyens de l'Assemblée nationale sur le document intitulé "Vers une nouvelle politique québécoise en matière d'immigration, de diversité et d'inclusion - cahier de consultation"*. Consultado en junio de 2015.

Chartered Institute of Linguistics, CIOL. Consultado en abril de 2015: <https://www.ciol.org.uk/>

COMRADE. Consultado en marzo de 2015: <http://www.comrade.es/>

Critical Link. Consultado en abril de 2015: <http://www.criticallink.org/>

California Healthcare Interpreting Association. Consultado en abril de 2015: <http://www.chiaonline.org/>

GRETI, Grupo de Investigación (2001). *La Interpretación ante los retos de la mundialización. Formación y profesión*. Universidad de Granada. Consultado en abril de 2015: <http://www.ugr.es/~greti/>

Grupo Alfaqueque (2008). *Grupo de investigación en interpretación*. Universidad de Salamanca. Consultado en abril de 2015: <http://campus.usal.es/~alfaqueue/>

Grupo IMISATE (InMIgración y SALud Transcultural enEuskadi). *Integración de la población inmigrada en el sistema sociosanitario vasco desde una perspectiva*

transcultural. Universidad del País Vasco. Consultado en abril de 2015: <http://www.imisate.eu/Imisate/Inicio.html>

Grup de recerca MIRAS. *Mediació i Interpretació: Recerca en l'Àmbit Social*. Consultado en abril de 2015: <http://grupsderecerca.uab.cat/miras/es/content/grupo-miras>

Eur-Lex: Derecho de la Unión Europea. Consultado en abril de 2015: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32010L0064>

Eurostat. Consultado en abril de 2015: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00176&plugin=1>

Fundació SURT (Associació de Dones per a la Inserció Laboral) (2015). Consultado en abril de 2015: <http://www.surt.org/>

INE (Instituto Nacional de Estadística) (2014). *Cifras de Población a 1 de julio de 2014. Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2014. Datos provisionales*. Consultado en abril de 2015: <http://www.ine.es/prensa/np884.pdf>

Govern de les Illes Balears. Vicepresidència i Conselleria de Presidència. Direcció General de Cooperació i Immigració. *Inmigra Balears*. Consultado en mayo de 2015: <http://immigrabalears.com/>

Grupo Hospitalario Quirón. (2015). Consultado en abril de 2015: <http://www.quiron.es/es>

Grupo IMED Hospitales. (2015). Consultado en abril de 2015: <http://www.imedelche.com/>

“Help” of Denia and Marina Alta. Consultado en abril de 2015: <http://www.helpofdenia.com/>

Hospital Clínic de Barcelona. Hospital Universitario. (2015). Consultado en abril de 2015: <http://www.hospitalclinic.org/>

Hospital del Mar. (2015). Consultado en abril de 2015: <http://www.parcdesalutmar.cat/hospitals/hospital-del-mar/>

Hospital Internacional Medimar (2015). Consultado en abril de 2015: <http://www.hospitalmedimar.com/>

Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona. Consultado en abril de 2015: <http://www.icscampdetarragona.cat/>

Hospital Vall d'Hebron. (2015). Consultado en abril de 2015: <http://www.vhebron.net/>

Institute for Interpreting and Translation Studies. Consultado en abril de 2015: <http://www.tolk.su.se/>

INTERPRET, Asociación suiza de interpretación comunitaria y mediación intercultural. Consultado en abril de 2015: <http://www.inter-pret.ch/fr/interpret.html>

ISM, Inter Service Migrants. Consultado en abril de 2015: <http://ism-interpretariat.com/>

Massachussets Medical Interpreters Association. Consultado en abril de 2015: <http://www.imiaweb.org/states/ma.asp>

RITAP, Red de Intérpretes y Traductores de la Administración Pública. Consultado en abril de 2015: <http://www.ritap.es/>

[Salud Entre Culturas, Asociación para el Estudio de Enfermedades Infecciosas.](http://www.saludentreculturas.es/) (2015). Consultado en abril de 2015: <http://www.saludentreculturas.es/>

Salud Entre Culturas, [Asociación para el Estudio de Enfermedades Infecciosas.](http://www.saludentreculturas.es/antecedentes/): *¿Qué hacemos?* (2012): <http://www.saludentreculturas.es/antecedentes/>. Consultado en marzo de 2015.

TVcN (Tolk- en Vertaalcentrum Nederland). Consultado en abril de 2015: <http://www.tvcn.nl/>

Universidad Autónoma de Barcelona. (2015). *Grado de Traducción e Interpretación: Guías docentes de las asignaturas.* Consultado en abril de 2015: <http://www.uab.cat/web/estudiar/listado-de-grados/plan-de-estudios/guias-docentes/traduccion-e-interpretacion-1345467893062.html?param1=1228291018508>

Universidad Autónoma de Madrid. (2015). *Grado en Traducción e Interpretación.* Consultado en abril de 2015:

http://www.uam.es/ss/Satellite/FilosofiaLetras/es/1242658507137/contenidoFinal/Grado_en_Traduccion_e_Interpretacion.htm

Universidad de Granada. (2015). *Grado en Traducción e Interpretación: Asignaturas optativas*. Consultado en abril de 2015: <http://grados.ugr.es/traduccion/pages/infoacademica/asignaturasoptativas>

Universidad Jaume I. (2015). *Grado en Traducción e Interpretación: Plan de estudios*. Consultado en abril de 2015: <http://www.uji.es/ES/infoest/estudis/titols/e@/22892/?pTitulacionId=207&pApartadoId=5636>

Universidad de Murcia. (2015). Consultado en abril de 2015: <http://www.um.es/>

Universidad del País Vasco. (2015). *Grado en Traducción e Interpretación- 2014/15*. Consultado en abril de 2015: http://www.ehu.eus/es/web/vicer.grado-innovacion/aurtengo-graduak-arloa?p_auth=z1lyNpCP&p_p_id=upvehuapp_WAR_upvehuappportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1&upvehuapp_WAR_upvehuappportlet_action=redirectAction

Universidad de Valladolid. (2015). *Plan de estudios conducentes al título de Graduado o Graduada en Traducción e Interpretación*. Consultado en abril de 2015: http://www.uva.es/export/sites/uva/2.docencia/2.01.grados/2.01.02.ofertaformativagradados/documentos/traduccioninterpretacion_distribucion.pdf




Universidad de Valencia. (2015) *Guía Docente 35648: Pragmática y mediación interlingüística*. Consultado en abril de 2015: <https://webges.uv.es/uvGuiaDocenteWeb/guia?APP=uvGuiaDocenteWeb&ACTION=MOSTRARGUIA.M&MODULO=35648&CURSOACAD=2015&IDIOMA=C>

Universidad de Vic. (2015). Consultado en abril de 2015: <http://www.uvic.es/>

Universidad de Vigo. (2015). *Grado en Traducción e Interpretación: Asignaturas*. Consultado en abril de 2015: https://seix.uvigo.es/docnet-nuevo/guia_docent/index.php?centre=301&ensenyament=V01G230V01&consulta=assigatures&any_academic=2014_15&idioma=cast&idioma_assig=cast

8. Anexos:

1. Hoja de registro de la interpretación en la consulta médica:

		UNIÓN EUROPEA FONDO EUROPEO PARA LA INTEGRACIÓN <i>Por una Europa plural</i>	 MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL	SECRETARÍA GENERAL DE INMIGRACIÓN Y EMIGRACIÓN DIRECCIÓN GENERAL DE MIGRACIONES
<u>PERSONAL SANITARIO</u>				
Nombre y apellidos:				
Correo electrónico:				
Por favor, evalúe LA CALIDAD del servicio de interpretación y mediación intercultural.				
Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
Por favor, evalúe LA UTILIDAD del servicio de interpretación y mediación intercultural.				
Poco útil	Medianamente útil		Muy útil	
Firma y sello:				
<u>A RELLENAR POR EL PACIENTE</u>				
Por favor, evalúe la CALIDAD del servicio de interpretación y mediación. Please give a mark regarding the QUALITY of the interpreting and mediation service. Nous vous prions de donner une note au service d'interprétation et médiation à propos de la QUALITÉ du service.				
Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
Very bad	Bad	Fair	Good	Very Good
Très mauvaise	Mauvaise	Régulière	Bonne	Très bonne
Por favor, evalúe la UTILIDAD del servicio de interpretación y mediación. Please give a mark regarding the UTILITY of the interpreting and mediation service. Nous vous prions de donner une note au service d'interprétation et médiation à propos de l' UTILITÉ du service.				
Poco útil	Medianamente útil		Muy útil	
Slightly useful	Moderately useful		Very useful	
Peu utile	Plutôt utile		Très utile	

2. Cuestionarios:

2.1 Cuestionario para intérpretes (versión electrónica:
https://docs.google.com/forms/d/10qqtAmMybUuqn_OOCbfGqNRpe0Ej6NLLupPUcQZjObQ/viewform).

Este cuestionario se está llevando a cabo en el marco de una investigación para el Trabajo de Fin de Grado de Traducción e Interpretación, en la Universidad de Alicante. Todos los datos recopilados se tratarán con la más absoluta confidencialidad.

ENCUESTA A INTÉRPRETES EN EL ÁMBITO SANITARIO



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Lara Martín Mora.

Grado en Traducción e Interpretación

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE

Perfil personal:

Sexo:

Edad :

1. ¿Cuál es su nacionalidad? _____
2. ¿Cuál es su lengua materna? _____
3. ¿Cuáles son sus lenguas de trabajo? _____

4. Nivel de estudios:

- ☐ Educación primaria
- ☐ Educación secundaria
- ☐ Estudios superiores

Indique cuáles:

5. ¿Ha recibido algún tipo de formación relacionada con la traducción y la interpretación o la mediación social? En caso afirmativo, indique cuál/cuáles:

6. ¿Cree que la formación que ha recibido le ha sido suficiente para desempeñar su trabajo?

☐ Sí

☐ No

¿Por qué?

7. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la interpretación? _____

8. La interpretación en el ámbito sanitario, ¿es su principal fuente de ingresos?

☐ Sí

☐ No

¿Qué otros trabajos realiza?

¿Podría decir cuál sería el porcentaje de los ingresos de su trabajo como intérprete en el ámbito sanitario respecto a sus ingresos totales al mes?

Perfil profesional:

1. Ordene del 1 al 6 lo que considere más importante para su trabajo como intérprete-mediador:

☐ Conocimiento lingüístico

☐ Conocimiento cultural

☐ Conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario

☐ Confidencialidad

☐ Neutralidad

☐ Empatía

2. Bajo su punto de vista, ¿cree que su trabajo como intérprete-mediador en la sanidad está bien reconocido social y económicamente?

☐ Sí

☐ No

3. En la mayoría de casos, ¿cree que los pacientes conocen el trabajo del intérprete-mediador?

☐ Sí

☐ No

¿y los médicos?

☐ Sí

☐ No

4. ¿Recibe algún tipo de evaluación de su trabajo?

☐ No

- ☐ Sí. ¿En qué consiste?

Trabajo en la consulta:

1. Antes de su intervención, ¿cuenta con algún tipo de información del caso del paciente que va a interpretar?

- ☐ Sí
☐ No

2. Cuando llega a la consulta, ¿explica cómo va a ser su trabajo?

- ☐ Sí, siempre
☐ Sólo si el paciente o el médico nunca han trabajado con un intérprete
☐ No, nunca

3. Indique cuáles de las siguientes tareas ha realizado en su trabajo como intérprete-mediador:

- ☐ Le ha ayudado al paciente a hacer alguna llamada telefónica
☐ Ha cambiado el registro de su interpretación para facilitar la comprensión
☐ Ha explicado malentendidos
☐ Ha explicado palabras técnicas
☐ Ha ayudado a los pacientes a rellenar formularios
☐ Ha aclarado elementos culturales
☐ Ha explicado el funcionamiento del sistema sanitario de España o de la cultura del paciente

5. ¿Ha tenido algún caso en el que se haya visto obligado a omitir o cambiar la información transmitida por alguna de las partes?

- ☐ No
☐ Sí

En caso afirmativo, ¿podría explicar por qué?

6. En alguna ocasión, ¿ha resumido la información transmitida por alguna de las partes?

- ☐ No
☐ Sí

En caso afirmativo, ¿por qué?

7. Cuando interpreta, ¿emplea la primera o la tercera persona del sujeto?

- ☐ La tercera
☐ La primera. En este caso, ¿ha tenido alguna vez algún caso en el que el uso de la primera persona ha supuesto una dificultad de comprensión para el paciente o el médico?
☐ Sí

☐ No

8. En la mayor parte de los casos, cuando el médico habla:

☐ El médico mira al paciente

☐ Le mira a usted

¿Y el paciente?

☐ Mira al médico

☐ Le mira a usted

9. ¿Se ha sentido alguna vez identificado/a con el paciente?

☐ No

☐ Sí

En caso afirmativo, ¿cree que eso ha afectado su trabajo?

☐ Sí

☐ No

10. ¿En alguna ocasión el paciente le ha pedido hacer algo que no correspondía a su trabajo como intérprete-mediador?

☐ No

☐ Sí, ¿el qué?

11. ¿Qué medida/medidas propondría para mejorar la calidad del servicio de la interpretación en el sector sanitario?

12. Escriba si tuviera algún comentario que añadir.

2.2 Cuestionario para pacientes alófonos

2.2.1 Cuestionario para pacientes en español

Este cuestionario se está llevando a cabo en el marco de una investigación para el Trabajo de Fin de Grado de Traducción e Interpretación, en la Universidad de Alicante. Todos los datos recopilados se tratarán con la más absoluta confidencialidad.

ENCUESTA PARA LOS ALÓFONOS:

Sexo:

Edad:

Profesión: _____

1. Nivel de estudios:

- ☐ Educación primaria
- ☐ Educación secundaria
- ☐ Estudios superiores
- ☐ Sin formación particular

2. Nacionalidad : _____

3. Lengua(s) materna(s) : _____

4. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en España? _____

5. ¿Cuál fue su motivo de venir a España?

- ☐ Trabajo
- ☐ Estudios
- ☐ Pareja
- ☐ Condiciones en mi país de origen (conflictos bélicos, inestabilidad política...)

Otro motivo: _____

6. En España, ¿cree que está recibiendo toda la ayuda lingüística que necesita?

- ☐ No
- ☐ Sí

7. ¿Es la primera vez que recibe el servicio de un intérprete?

- ☐ No
- ☐ Sí

En caso de ser su primera vez, ¿le han explicado cómo iba a trabajar el intérprete?

- ☐ Sí
- ☐ No

8. Si pudiera elegir, ¿preferiría que el intérprete fuera hombre o mujer?

- ☐ Mujer

- ☐ Hombre
- ☐ Me es indiferente

9. Si pudiera elegir, prefería que el intérprete fuera:

- ☐ Un intérprete profesional de su país de origen
- ☐ Un intérprete profesional español
- ☐ Un familiar o amigo suyo que sepa hablar español
- ☐ Me es indiferente

10. ¿Cree que el intérprete le ha dicho correctamente al médico todo lo que usted decía?

- ☐ Sí
- ☐ No, ¿por qué?

¿Y lo que el médico le decía a usted?

- ☐ Sí
- ☐ No, ¿por qué?

11. ¿Le ha incomodado que estuviera el intérprete en la consulta?

- ☐ No
- ☐ Sí, ¿por qué?

12. ¿Ha entendido todo lo que se le decía?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso de no haberlo entendido todo, ¿le ha pedido que se lo repitiera o que se lo explicara de nuevo?

- ☐ Sí
- ☐ No

13. Ordene del 1 al 6 lo que valora más del intérprete-mediador:

- ☐ Conocimiento de las dos lenguas
- ☐ Confidencialidad
- ☐ Simpatía

☐ Imparcialidad

☐ Empatía

☐ Seriedad

Escriba si tiene algún comentario que añadir:

2.2.2 Cuestionario para pacientes en inglés

This questionnaire is carried out in the framework of an End of Degree Project research in Translation and Interpretation studies at the University of Alicante. All recovered data will be treated guaranteeing absolute confidentiality.

FOREIGNERS' QUESTIONNAIRE:

Gender:

Age:

Profession:

1. What is your education level?

- ☐ Primary school
- ☐ Secondary school
- ☐ Post-secondary, higher education
- ☐ No schooling completed

2. Nationality:

3. Mother

tongue(s):

4. How long have you been living in Spain?

5. Why did you move to Spain?

- ☐ To work
- ☐ To study

- ☐ For family reunification reasons
- ☐ Because of your country situation (armed conflict, politic instability...)

Other. Please specify:

6. Here in Spain, have you received all the linguistic assistance you needed?

- ☐ Yes
- ☐ No

7. Is it the first time you receive an interpreting service?

- ☐ No
- ☐ Yes

If it is your first time, has someone explained to you how an interpreter works?

- ☐ Yes
- ☐ No

8. If you could have a choice, would you choose a woman or a man as your interpreter?

- ☐ A woman
- ☐ A man
- ☐ I don't mind

9. If you could choose, you would like that your interpreter was:

- ☐ A professional interpreter from your country
- ☐ A professional interpreter from Spain
- ☐ A family member or a friend speaking Spanish

☐ I don't mind

10. Do you think the interpreter has told the doctor all you have said?

☐ Yes

☐ No. If NO, please specify the reason(s) why:

11. The interpreter's presence, has it bothered you?

☐ No

☐ Yes. If YES, please specify the reason(s) why:

12. Have you understood all you have been told to?

☐ Yes

☐ No

If there has been something you have not understood, have you asked the interpreter for an explanation or to repeat the message?

☐ Yes

☐ No

13. State your opinion on the interpreter-mediator attributes. Use a 1-6 scale (1= what you think it is the most important interpreter's attribute; 6= if it is the less important one according to you):

☐ Fluency in both languages

☐ Confidentiality

☐ Kindness

- ☐ Impartiality
- ☐ Empathy
- ☐ Responsibility

If you would like to add something else, write your comments in the space provided below:

2.2.3 Cuestionario para pacientes en francés

Ce questionnaire est mené à bien dans le cadre d'une recherche pour le Travail de fin d'études en Traduction et Interprétation, à l'Université d'Alicante. Toutes les données récupérées seront traitées de la manière la plus confidentielle.

QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS ÉTRANGERS :

Sexe : Âge :

Profession :

1. Niveau d'études que vous possédez :

- ☐ Enseignement primaire
- ☐ Enseignement secondaire obligatoire
- ☐ Études supérieures
- ☐ Sans formation particulière

2. Nationalité:

3. Langue(s) maternelle(s):

4. Depuis combien de temps habitez-vous en Espagne?

5. Quelle est la raison de votre venue en Espagne ?

- ☐ Travail
- ☐ Études
- ☐ Regroupement familial
- ☐ Conditions dans mon pays d'origine (conflits armés, instabilité politique...)

Autres:

6. En Espagne, croyez-vous que vous avez reçu toute l'aide linguistique dont vous avez besoin ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Est-ce que vous avez déjà bénéficié d'un service d'interprétation ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

S'il s'agit de la première fois, est-ce qu'on vous a expliqué comment travaille un interprète ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Si vous aviez la possibilité de choisir, est-ce que vous préféreriez un homme ou une femme en tant qu'interprète ?

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme
- ☐ Cela m'est indifférent

9. Si vous pouviez choisir, vous préféreriez que l'interprète soit :

- ☐ Un interprète professionnel de votre pays d'origine
- ☐ Un interprète professionnel espagnol
- ☐ Un membre de votre famille ou un ami qui sait parler espagnol
- ☐ Cela m'est indifférent

10. Croyez-vous que l'interprète a transmis correctement au médecin tout ce que vous avez dit ?

- ☐ Oui

☐ Non, pourquoi ?

11. Est-ce que la présence de l'interprète vous a mis mal à l'aise ?

☐ Non

☐ Oui, pourquoi ?

12. Est-ce que vous avez compris tout ce qu'on vous a dit ?

☐ Oui

☐ Non

Si vous n'avez pas tout compris, est-ce que vous avez demandé à l'interprète de vous le répéter ou de vous l'expliquer à nouveau ?

☐ Oui

☐ Non

13. En ce qui concerne les qualités de l'interprète-médiateur, rangez-les en fonction de l'importance que vous accordez à chacune d'entre elles (1= qualité la plus importante ; 6 qualité la moins importante chez l'interprète) :

☐ Maîtrise des deux langues

☐ Confidentialité

☐ Gentillesse

☐ Impartialité

☐ Empathie

☐ Responsabilité

Si vous avez quelque chose à rajouter, écrivez vos commentaires ci-dessous :

2.2.4 Cuestionario para pacientes en chino

该调查问卷旨在完成阿利坎特大学笔译及口译专业论文中的某项调查研究。其中所有的引用数据均有高可信度的来源。

针对Allophone的调查问卷:

(注: Allophone主要指除加拿大原住民外母语既非英语也非法语的人。)

性别:

年龄:

职业: _____

14. 受教育程度:

- ☐ 小学水平
- ☐ 中学水平
- ☐ 高等教育水平
- ☐ 未受过专业教育

15. 国籍: _____

16. 母语: _____

17. 在西班牙居住时间 _____

18. 来西班牙的原因是什么?

- ☐ 工作
- ☐ 教育
- ☐ 配偶
- ☐ 原住国国家问题 (战争冲突, 政治动乱... ..)

其它原因: _____

19. 您是否认为在西班牙得到了必需的语言学习方面的帮助?

- ☐ 否
- ☐ 是

20. 这是您首次得到口译服务吗?

- ☐ 否
- ☐ 是

如果是，相关人员是否向您讲解了口译人员的工作方式及范畴？

☐ 是

☐ 否

21. 若果可以选择，您希望口译人员由男性还是女性承担？

☐ 女性

☐ 男性

☐ 无所谓

22. 如果可以选择，您希望您的口译人员：

☐ 与您共属同一国家的女性职业口译员

☐ 一名西班牙男性口译员

☐ 您的某位会说西班牙语的家人或朋友

☐ 无所谓

23. 您是否认为您的口译员向医生正确转达了您所说的每一句话？

☐ 是

☐ 否

如果不是，请说明原因

您是否认为您的口译员也向您正确转达了医生所说的每一句话？

☐ 是

☐ 否

如果不是，请说明原因

24. 口译人员是否为您的此次就诊提供了方便？

☐ 否

☐ 是

如果是，请说明原因

25. 口译员对您说的每一句话你是否都能理解？

☐ 是

若未能全部理解，您是否要求了口译人员向您重复或重新解释对您所说的话？

「否」

业务熟练

可信度高

易于亲近

态度中立

同情心强

严肃认真

2.2.5 Cuestionario para pacientes en ruso

АНКЕТА ДЛЯ АЛЛОФОНОВ

Профессия: _____

Начальная школа

Средняя школа

Высшее образование

Без образования

2. Гражданство: _____
3. Родной(ые) язык(и): _____
4. Сколько времени Вы проживаете в Испании? _____
5. Причина приезда в Испанию:
- ☐ Работа
 - ☐ Учёба
 - ☐ Семья
 - ☐ Условия прежней страны проживания (военные конфликты, политическая нестабильность...)
 - ☐ Другая причина: _____
6. Думаете ли Вы, что в Испании Вам предоставляют языковую помощь, которая Вам нужна?
- ☐ Нет
 - ☐ Да
7. Вы впервые работаете с устным переводчиком?
- ☐ Нет
 - ☐ Да
- Если да, то Вам объяснили, как будет работать переводчик?
- ☐ Нет
 - ☐ Да
8. Если бы Вы могли выбрать, то Вы бы предпочли мужчину или женщину переводчика?

- ☐ Женщину
- ☐ Мужчину
- ☐ Мне всё равно

9. Если бы Вы могли, то Вы бы выбрали:

- ☐ Профессионального устного переводчика из Вашей родной страны
- ☐ Профессионального устного переводчика из Испании
- ☐ Близкого или родного человека, знающего испанский
- ☐ Мне всё равно

10. Думаете ли Вы, что переводчик сказал врачу всё то, что сказали Вы?

- ☐ Да
- ☐ Нет. Почему?

Думаете ли Вы, что переводчик сказал Вам всё то, что сказал врач?

- ☐ Да
- ☐ Нет. Почему?

11. Вам было неловко в присутствии переводчика на консультации?

- ☐ Нет
- ☐ Да. Почему?

12. Вы поняли всё, что Вам было сказано?

☐ Да

☐ Нет

Если Вам было не понятно, попросили ли Вы переводчика, чтобы он повторил или объяснил заново?

☐ Да

☐ Нет

13. Распределите по порядку от 1 до 6 то, что Вы больше цените в переводчике-посреднике:

☐ Знание обоих языков

☐ Конфиденциальность

☐ Приязнь

☐ Беспристрастность

☐ Сопереживание

☐ Серьёзность

Напишите, если у Вас есть ещё что сказать или добавить:

Cuestionario para pacientes en árabe

يتم إجراء هذا الاستبيان في إطار البحث المتعلق بمشروع رسالة التخرج و يتناول دراسة الترجمة و الترجمة الفورية في جامعة أليكانتي، كل المعلومات الاستبيان تنسم بالمحافظة على خصوصية المستبينة.

استبيان

الجنس: العمر:

المهنة:

1. المستوى الدراسي:

- تعليم ابتدائي
- تعليم ثانوي
- دراسات عليا
- بدون تكوين أكاديمي

2. الجنسية

3. اللغة الأم

4. مدة الإقامة في إسبانيا

5. الدافع وراء القدوم إلى إسبانيا

- عمل
- دراسة
- زواج
- ظروف إنسانية في بلدك الأصلي (صراعات، عدم استقرار سياسي ...)
- دوافع أخرى :

6. في إسبانيا، هل تستفيد من كل المساعدات اللغوية ؟

نعم

لا

7. هل هذه أول مرة تستفيد فيها على خدمات مترجم فوري ؟

نعم

لا

في حالة أول مرة، هل تعرف كيفية عمل المترجم ؟

نعم

لا

8. في حالة الاختيار، من تفضل أن يكون المترجم؟

امرأة

رجل

لا يهم

9. في حالة الاختيار، هل تفضل أن يكون المترجم؟

مترجم من بلدك الأصلي

مترجم إسباني

صديق أو فرد من العائلة يتقن الإسبانية

لا يهم

10. هل تضمن أن المترجم قام بإيصال كلامك بطريقة صحيحة ؟

نعم

لا، لماذا؟

و ما يقوت الطبيب لك ؟

نعم

لا، لماذا؟

11. هل أخرجك وجود المترجم ؟

لا

نعم، لماذا؟

12. هل فهمت كل ما قيل لك؟

نعم

لا

في حالة عدم فهم ماسبق، هل طلبت من المترجم أن يعيد الكلام أو شرح ما سبق ؟

نعم

لا

13. رتب الجوانب التالية في المترجم من 1 إلى 6 بقدر الأهمية:

إتقان للغتين

محافظة على الخصوصية

الطافه

الحياد

التعاطف

الجدية

أكتب تعليقات أخرى تراها:
